



UNIVERZITA KARLOVA
1. lékařská fakulta

Studijní program: Ošetřovatelství

Studijní obor: Všeobecná sestra

Michaela Procházková

Role všeobecné sestry v rehabilitačním ošetřovatelství

Role of General Nurse in Rehabilitation Nursing

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Monika Hošťálková

Praha 2016

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité prameny a literatury. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze své práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze 14. 4. 2016

MICHAELA PROCHÁZKOVÁ

.....

Podpis

Identifikační záznam

PROCHÁZKOVÁ, Michaela. Role všeobecné sestry v rehabilitačním ošetřovatelství. [Role of General Nurse in Rehabilitation Nursing]. Praha, 2016. 62 s., 4 příl. Bakalářská práce (Bc.). Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Ústav teorie a praxe ošetřovatelství. Vedoucí práce Mgr. Monika Hošťálková.

ABSTRAKT

Bakalářská práce se zabývá problematikou rehabilitačního ošetrovatelství v praxi. Hlavním cílem práce bylo zjistit, jaké mají všeobecné sestry povědomí o rehabilitačním ošetrovatelství a zda spolupracují v rámci multidisciplinárního týmu. Jako Dílčí cíle jsem si stanovila zjistit, co všeobecné sestry vnímají, jako rehabilitační ošetrovatelství, zda rehabilitují s pacienty a zda je multidisciplinární tým využíván v praxi. Teoretická část práce je zaměřena na shrnutí informací, které se týkají rehabilitačního ošetrovatelství. Je zde také uvedeno, jak se všeobecné sestry dnes vzdělávají a zákonné ustanovení, co je náplní jejich práce.

V empirické části bylo použito kvantitativní šetření, kdy data byla získávána pomocí internetového dotazníku. Respondentkami byly všeobecné sestry z celé České republiky. Z dosažených výsledků je zjevné, že všeobecné sestry mají dostatečné vědomosti v rámci rehabilitačního ošetrovatelství a dostatečně spolupracují s ostatními členy multidisciplinárního týmu. Získané poznatky budou zveřejněny na sociálních sítích a také bude zhotoven plánek pro lepší orientaci při polohování s pacienty.

Klíčová slova:rehabilitační ošetrovatelství, rehabilitace, ošetrovatelství, multidisciplinární tým, mezioborová spolupráce

ABSTRACT

The bachelor thesis deals with problems of rehabilitation nursing in practice. The main aim of the work was to establish the awareness of general nurses on rehabilitation nursing and whether they co-operated within the scope of a multi-disciplinary team. My Partial Aims were to find out what did general nurses consider to be rehabilitation nursing, whether they rehabilitated with patients and whether the multi-disciplinary team was used in practice. The theoretical part of the thesis aims at summary of information as related to rehabilitation nursing. There is also stated the way of education of general nurses nowadays and statutory stipulations on their work contents.

The empiric part used quantitative investigations with the data obtained through an Internet questionnaire. The respondents were the general nurses from the Czech Republic. The results reached clearly indicate that general nurses have sufficient knowledge in the field of rehabilitation nursing and they sufficiently co-operate with other members of the multi-disciplinary team. The knowledge obtained will be published in social networks and there will also be created a plan for better orientation in positioning of patients.

Keywords: rehabilitation nursing, rehabilitation, nursing, multi-disciplinary team, inter-disciplinary co-operation

Poděkování

Za pomoc při psaní své bakalářské práce a za užitečné rady bych ráda poděkovala paní Mgr. Monice Hošťálkové.

Obsah

| | |
|--|----|
| ÚVOD..... | 3 |
| TEORETICKÁ ČÁST | 4 |
| 1 OŠETŘOVATELSTVÍ..... | 4 |
| 1.1 Kineziologie pohybu | 5 |
| 1.2 Rehabilitační ošetřovatelství | 6 |
| 1.3 Polohování..... | 7 |
| 1.3.1 Dělení polohování | 7 |
| 1.3.2 Základní způsoby polohování..... | 8 |
| 1.3.3 Speciální polohy | 9 |
| 1.4 Vertikalizace..... | 10 |
| 1.4.1 Správný postup vertikalizace..... | 10 |
| 1.5 Dechová gymnastika | 11 |
| 2 VZDĚLÁVÁNÍ NELÉKAŘSKÝCH PRACOVNÍKŮ V ČESKÉ REPUBLICE..... | 12 |
| 2.1 Vzdělávání všeobecných sester od roku 2004..... | 12 |
| 2.2 Vzdělávání fyzioterapeutů od roku 2004 | 13 |
| 2.3 Kompetence všeobecných sester, fyzioterapeutů a ergoterapeutů v rámci rehabilitační péče..... | 14 |
| 3 MULTIDISCIPLINÁRNÍ TÝMY | 16 |
| 3.1 Týmová práce mezi všeobecnou sestrou a fyzioterapeutem či ergoterapeutem.. | 18 |
| EMPIRICKÁ ČÁST | 20 |
| 4 CÍLE PRÁCE..... | 20 |
| 5 METODIKA PRÁCE | 21 |
| 5.1 Zdroje literatury..... | 21 |
| 5.2 Použitá metoda výzkumu a sběru dat | 21 |
| 5.3 Charakteristika výzkumného souboru a zpracování dat..... | 22 |
| 6 VÝSLEDKY ŠETŘENÍ | 23 |
| 7 DISKUZE | 41 |
| 8 ZÁVĚR | 44 |
| SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ | 45 |
| SEZNAM TABULEK | |
| SEZNAM GRAFŮ | |
| SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK | |

PŘÍLOHA 1

PŘÍLOHA 2

PŘÍLOHA 3

PŘÍLOHA 4

ÚVOD

Své nezastupitelné místo v péči o nemocného mají všeobecné sestry, avšak tato péče klade vysoké nároky jak v oblasti jejich znalostí, tak i dovedností. Všeobecná sestra poskytuje ošetrovatelskou péči s holistickým přístupem, psychickou podporu a v neposlední řadě je důležitá její role v rehabilitaci. Rehabilitační ošetrovatelství je způsob ošetřování, který vede ke snížení komplikací vzniklých po operacích či vlivem sekundárních změn. Jde především o komplexní ošetrovatelskou péči v rámci multidisciplinárního přístupu se snahou o co nejvyšší míru soběstačnosti nemocného. Zabráňuje vzniku kontraktur a dekubitů, působí proti tromboembolické nemoci či minimalizuje úbytek svalové hmoty i síly. Dá se tedy říci, že rehabilitační ošetrovatelství v plně funkčním multidisciplinárním týmu zvyšuje kvalitu poskytované péče a navrácí pacienta po částečném nebo úplném uzdravení do plnohodnotného života.

Z vlastní zkušenosti vím, že pojem rehabilitační ošetrovatelství není sestrami moc oblíbený a tuto činnost spíše připisují fyzioterapeutovi. Z toho důvodu se budu také zabývat tím, co všeobecné sestry vnímají jako rehabilitační ošetrovatelství a zda s pacienty dostatečně rehabilitují. Svou pozornost dále obrátím na spolupráci všeobecné sestry s fyzioterapeutem v rámci multidisciplinárního týmu, její prospěšnost pro pacienta a na to, zda je multidisciplinární tým dostatečně využíván v praxi.

Práci jsem rozdělila na dvě části, teoretickou a empirickou, výzkumnou. V teoretické části se zaměřím na stručný přehled rehabilitačního ošetrovatelství, co obnáší pro pacienta, a na rehabilitační prostředky využívané v praxi. Pozornost také věnuji definování základních pojmů typu ošetrovatelství, rehabilitačnímu ošetrovatelství a v neposlední řadě i multidisciplinární spolupráci.

Výše stanovených cílů v rámci kvantitativního výzkumného šetření bylo dosaženo prostřednictvím dotazníků, které byly šířeny po internetu. Výzkumný soubor zde představovaly všeobecné sestry z jednotky intenzivní péče, interních a chirurgických oddělení.

Touto prací bych chtěla přispět ke zkvalitnění rehabilitačního ošetrovatelství všeobecných sester a ke zlepšení spolupráce v multidisciplinární komunikaci.

TEORETICKÁ ČÁST

1 OŠETŘOVATELSTVÍ

Mezi hlavní náplň práce všeobecných sester bezpochyby patří ošetřování pacienta. Proto se v této kapitole věnuji charakteristice tohoto vědního oboru a tomu, jakou roli zaujímá v dnešní společnosti.

Ošetřovatelství je relativně mladý vědní obor zaměřený na péči o člověka. Jako každý obor i on má své charakteristické vlastnosti, činnosti a svou filozofii. Ošetřovatelství má nezastupitelné postavení v péči o zdraví člověka (Věstník č.9 MZ ČR, 2004). Zaměřuje se na zdravého i nemocného jedince s hlavními cíli pomáhat jednotlivci, rodině a skupinám, dosáhnout tělesného, duševního, sociálního zdraví a uspokojovat jeho potřeby s ohledem k individuální kvalitě života. Tyto cíle by měly vést k udržení nebo navrácení zdraví a ke zmírnění fyzické i psychické bolesti v průběhu umírání. Úkolem sester je identifikace těchto problémů, stanovení příčin, stupně jejich závažnosti a stanovení nejvhodnějšího způsobu řešení (Burda, 2015). Ošetřovatelství se významně podílí na prevenci, diagnostice, terapii i rehabilitaci (Věstník č. 9 MZ ČR, 2004).

V moderní společnosti má poskytování ošetřovatelské péče nezastupitelnou roli (Burda, 2015). Sestra by měla být uznávaným odborníkem v oblasti svého samostatného působení, týmově spolupracovat s lékaři a s ostatními odborníky (Věstník č. 9 MZ ČR, 2004). Jedná se o obor, který své nové poznatky následně uplatňuje v praxi. Z toho důvodu se požadavky na ošetřovatelskou péči neustále zvyšují a poskytovatelé zdravotní péče musí být kvalitně připraveni. Je třeba, aby si neustále doplňovali vědomosti, dovednosti a nové informace a neustále se vzdělávali. Snahou ošetřovatelství je vytvořit takové podmínky, aby lidé byli schopni co nejdéle pečovat sami o sebe, své zdraví a pohodu (Burda, 2015).

Hlavním cílem ošetřovatelství je systematicky a komplexně uspokojovat potřeby člověka s respektem k individuální kvalitě života, vedoucí k udržení nebo navrácení zdraví a ke zmírnění fyzické i psychické bolesti v průběhu umírání (Věstník č. 9 MZ ČR, 2004).

1.1 Kineziologie pohybu

Vzhledem k tématu, kterému se budu v této práci věnovat, je velmi důležité si připomenout základní informace o pohybu a jeho vlivu, protože právě tyto znalosti nám lépe pomohou uvědomit si jeho důležitost. Neboť právě nedostatek pohybu vede k řadě onemocnění.

„Kineziologie je věda o biologických komponentech, aspektech a attributech pohybu v procesu vývoje a o vlivu pohybu na biologické struktury“ (Dylevský, 2007, s.15). Podle této definice jsou v kineziologii předmětem zkoumání biologické komponenty pohybu. Poznatky z tohoto oboru slouží i klinické kineziologii, která se zabývá pohybem jak za normálních, tak i patologických okolností (Velé, 2006).

Pohyb člověka má vlastní vnitřní zdroj síly za účelem dosažení konkrétního daného cíle, což nás odlišuje od neživého hmotného objektu (Velé, 2006). Schopnost se pohybovat provází člověka prakticky po celý jeho život. Pohyb je velmi důležitý k zajištění chůze, udržení pozice těla, k přijímání a získávání potravy, množení či práci apod. Schopnost pohybu umožňuje člověku nejen možnost komunikace se svým okolím, ale také uvědomovat si své vlastní tělo (Friedlová, 2007). Jak ve své knize uvádí Friedlová (2007), člověk, který nemůže změnit svou polohu, je velmi ochuzen o podněty z vnitřního a vnějšího světa.

Pohybové chování ovlivňované podněty jak z vnějšího, tak i z vnitřního prostředí se postupně vtiskuje do konfigurace tělesných segmentů a tím pádem i do celkového výrazu postavy, výrazu obličeje, ovlivňuje strukturu organismu a v neposlední řadě ovlivňuje držení těla. Pohybová aktivita má vliv na CNS, jelikož ovlivňuje stav mysli, může vést k únavě, depresi, ale i uspokojení jedince. Z toho důvodu ji můžeme lehce používat terapeuticky.

Nedostatek pohybu má za příčinu funkční i strukturální změny v organismu. Funkční změna může nastat např. po delším upoutání na lůžku, kdy může dojít k atrofii svalů, osteoporóze, a to vše z důvodu nečinnosti. Nedostatek pohybu má za vinu mnoho negativních vlivů na organismus, jako je například úbytek svalové hmoty, a tak dochází ke zkracování vazivových struktur. Mohou se objevit i poruchy oběhového systému, neboť pohybový aparát funguje jako podpůrný oběhový systém, takže snižuje i cirkulaci krve a lymfy. Pohyb podporuje i funkci břišních orgánů (Velé, 2006).

Dá se tedy říci, že lidské tělo je určeno k aktivitě a pohybu, avšak pohyblivost může být omezována různými aspekty, jako je například genetika, úraz, degenerativní

onemocnění, získaný handicap, pooperační stav nebo akutní onemocnění. Neschopnost pohybu neboli *imobilita* s sebou nese velké riziko vážných komplikací, jako je například plicní embolie, zácpa, močové kameny, rozvoj atrofie apod. Tato problematika spojená s dlouhodobým upoutáním na lůžku je známa, a proto se jí zdravotníci snaží předcházet včasnou mobilizací pacienta (Workman, 2006).

1.2 Rehabilitační ošetřovatelství

Mnoho všeobecných sester si pod pojmem rehabilitační ošetřovatelství představí polohování pacienta. Nevědí už však, že náplní rehabilitačního oboru je i mobilizace či nácvik sebeobsluhy s pacientem apod. Právě proto považují za nutné se ve své práci zmínit, co vše spadá do náplně rehabilitačního ošetřovatelství, a jeho definici.

Rehabilitační ošetřování pacientů patří k základním úkonům komplexní ošetřovatelské péče sester, kdy se sestra všemi dostupnými prostředky snaží zamezit vzniku komplikací a sekundárním změnám (Rozsypalová, 2010). Tato činnost sester nemůže nahradit práci fyzioterapeutů, ale udržuje pohybovou aktivitu pacienta, čímž předchází komplikacím z důvodu imobility (Marková, 2006). Poněvadž sestra přichází do styku s pacientem ze zdravotnických pracovníků nejdříve, může v akutním stádiu nemoci co nejvíce ovlivnit další stav hybnosti nemocného (Rozsypalová, 2010). Právě z toho důvodu je v této oblasti nezbytně nutná úzká spolupráce s dalšími odbornými pracovníky, a to nejen s fyzioterapeuty, ale například i s ergoterapeuty apod. (Marková, 2006).

Pokud chybí cílená intervence na sekundární změny, ať už ze strany fyzioterapeuta či všeobecné sestry, jsou důsledky vzniku sekundárních změn pro pacienta mnohdy mnohem více zatěžující než základní onemocnění. A proto je největší snahou sester zamezit těmto komplikacím a vzniku sekundárního poškození. Tyto prevence mají větší přednost než zahájení individuálního rehabilitačního programu (Kolář, 2009).

Obsah rehabilitačního ošetřovatelství tvoří část pasivní, do níž řadíme polohování a pasivní pohyby, a část aktivní, do které spadá dechová gymnastika, kondiční cvičení, nácvik základních pohybových dovedností a nácvik každodenních aktivit. Cílem ošetřovatelské péče je udržet správnou polohu těla v poloze vleže, sedu i chůzi, dokázat správně pacienta posadit na lůžku, vstát z postele, přesunout se na jiné místo či umět používat pomůcky k chůzi. Všeobecná sestra by měla díky rehabilitačnímu ošetřování pomoci spolu s fyzioterapeutem pacientovi, aby zvládl vykonávat běžné aktivity denního života (Rozsypalová, 2010).

1.3 Polohování

Polohování patří mezi hlavní činnosti sester u imobilních nebo částečně hendikepovaných pacientů, jelikož předchází vzniku komplikací. Z toho důvodu bude v následující kapitole popsáno a vysvětleno, jak by polohování mělo správně vypadat a jaká s sebou jeho absence přináší rizika.

Jedná se o správné uložení pacienta a změnu poloh v určitých časových intervalech, která však nesmí vyvolávat bolest (Marková, 2006). Každá poloha musí být pro pacienta bezpečná, čehož docílíme použitím bočnic, popruhů, dlah apod. (Haladová, 2007). Důraz se klade i na čistotu, měkkost a hladkost plochy pod pacientem (Marková, 2006). Pravidelné a intenzivní polohování se však provádí u pacientů, kteří mají z nějakého důvodu částečné nebo úplné omezení hybnosti. Napomáhá odlehčení kůže a zlepšuje prokrvení jednotlivých částí těla, a tak tedy působí jako hlavní prevence proti vzniku dekubitů a zabraňuje vzniku dalších komplikací z důvodu dlouhodobějšího pobytu na lůžku (Kolář, 2009).

Cílem polohování však není pouze prevence vzniku dekubitů, ale i kontraktur, regulace svalového tonu, vede ke zlepšení oběhových funkcí, napomáhá ke snížení intrakraniálního tlaku apod. Jednotlivé polohy berou v potaz jednotlivá riziková místa a fyziologické postavení v kloubech (Kolář, 2009). Polohy se také mění podle typu onemocnění, podle vývoje choroby a také podle potřeb nemocného (Rozsypalová, 2010). Nejvhodnější způsob jak získat přehled o polohách je připravit si polohovací plán. Polohování se provádí celých 24 hodin, přičemž se mění - záda, bok, břicho, druhý bok. Přes den nemocný setrvává v jednotlivých polohách 2 hodiny, v noci po 3 hodinách. Intervaly se mohou zkrátit při vzniku dekubitů, nebo později prodloužit při zlepšení stavu pacienta (Haladová, 2007). K usnadnění polohování by sestry měly mít polohovací lůžko, polohovací materiál a přístup ze všech čtyř stran (Marková, 2006).

1.3.1 Dělení polohování

Pacienti mohou při různých obtížích zaujímat různé polohy. Mohou se do nich uchýlovat sami za vidinou úlevy, nebo je do těchto poloh můžeme nasměrovat my, zdravotníci. Proto se v následujících dvou kapitolách budu zabývat vysvětlením těchto poloh a tím co je jejich přínosem pro pacienta.

Analgetické – protibolestivé - toto postavení zaujímá pacient v akutním stavu, kdy si polohu vyhledává sám ve snaze snížit bolest. Nevýhodou této polohy je,

že se nejedná o fyziologickou polohu a delší setrvání v ní může vést k sekundárním změnám na pohybovém aparátu (Haladová, 2007).

Preventivní – předchází špatnému postavení v kloubech, svalovému zkrácení apod. Kloub je většinou ve středním postavení, takže se jedná o funkční polohování (Haladová, 2007). Provádí ho sestry u imobilních pacientů jako prevenci vzniku sekundárních změn a komplikací (Kristiníková, 2006).

Korekční, hyperkorekční - je voleno u pacientů se špatným postavením v kloubech, při svalovém zkrácení apod. (Haladová, 2007). Provádí ho fyzioterapeuté, kteří chtějí upravit nefyziologického postavení kloubu a uložit ho do takové polohy, aby se co nejvíce přibližoval normálnímu stavu (Kristiníková, 2006).

1.3.2 Základní způsoby polohování

Poloha supinační: Jedná se o polohu na zádech na úplně rovném lůžku. Tato poloha je všeobecně nejlépe tolerována. Přináší ovšem i vyšší riziko komplikací typu pneumonie, vznik dekubitů v oblasti pat a sakrální oblasti (Kolář, 2009).

Hlava -by měla být v mírné flexi, měl by pod ní být malý polštář. Musí se však dbát na to, aby brada nebyla přitisknuta k hrudníku (Haladová, 2007). Důraz se klade na to, aby se hlava nezvrátila. Pak se totiž krční páteř nachází v hyperextenzi, která vede k bolestem hlavy a k bolestem v oblasti obličeje (Kolář, 2009).

Horní končetina – u ramenního kloubu je důležitá abdukce, dá se střídat vnitřní a vnější rotace. Loketní kloub je polohován do mírné flexe a střídá se s extenzí, která však nesmí přejít do hyperextenze. Zápěstí se střídá v pronaci a supinaci (Kolář, 2009). Prsty ruky mohou objímat tenisový míček nebo stočený ručník (Rozsypalová, 2010).

Dolní končetina - má být v semiflexi v kyčelním a kolenním kloubu (Kolář, 2009). Pozornost se klade na to, aby se klouby nevytáčely ven (Haladová, 2007). DK podložíme polštářem a paty odlehčíme za pomoci antidekubitární botičky (Kolář, 2009). Ovšem podle EPUAPu, který vydal příručku pro prevenci a léčbu dekubitů, je nejvhodnější řešení, aby paty zůstaly volně nad povrchem lůžka jako tzv. „plovoucí paty“. K jejich odlehčení je nejvhodnější pěnová podložka, kterou umístíme po celé délce lýtky. Koleno by mělo být lehce ohnuté, protože existují důkazy, že hyperextenze působí obstrukci popliteální žíly. Díky tomuto polohování se předchází působení tlaku především na Achillovu šlachu (EPUAP, 2014). (Příloha 3)

Poloha na boku: Jedná se o polohu, kdy je trup kolmo k podložce a hlava je vypodložena v ose. Tato poloha zabraňuje vzniku dekubitů v oblasti sakra a pat (Kolář, 2009).

Trup musí být zezadu podepřen buď stočenou přikrývkou, nebo molitanovými polštáři různých velikostí, které i udržují polohu (Rozsypalová, 2010). Tato poloha je také velmi důležitá na drenáž bronchopulmonálních sekretů. Z tohoto důvodu musí být před každou změnou polohy a ihned po ní provedeno odsávání (Kolář, 2009).

Horní končetiny - spodní ruka leží pohodlně vedle hlavy (Rozsypalová, 2010). Rameno je ve flexi 90° , loket v semiflexi a předloktí v supinaci. Vrchní ruka zaujímá polohu před trupem a může spočívat na polštáři, nebo může být natažena podél trupu. Rameno je v lehké abdukci a flexi, loket je v poloze semiflexe a předloktí v pronaci (Kolář, 2009).

Dolní končetiny - horní končetina je vypodložena polštářem, kyčel je ve flexi a zevní rotaci, koleno je ve flexi (Kolář, 2009). Pozornost by se měla věnovat patám, aby nepřepadávaly z polštáře (Rozsypalová, 2010). (Příloha 2)

Poloha na břiše: Tato poloha může být prováděna pouze u pacientů, kteří nejsou odkázáni na umělou plicní ventilaci, avšak tracheostomie není kontraindikací. Ideálně by měl být každý pacient v této poloze alespoň jednou denně. *Hlava*-je otočena do strany, které by se měly střídát. Nesmí být vypodložena polštářem. Hrudní část může být vypodložena polštářem, ale břicho a pánev leží volně. Dolní končetiny mohou mít postavení diferenciované – nakročení jedné DK. Prsty na nohou by se však neměly dotýkat podložky, z toho důvodu vypodkládáme distální bérce (Kolář, 2009). (Příloha 3)

1.3.3 Speciální polohy

Fowlerova poloha: Pacient je umístěn v polosedě v posteli, kdy hlava je výše než nohy. Vzpřímená hlava a trup jsou zásadní pro kvalitu života pacientů, kteří jsou upoutáni na lůžko, nejčastěji se aplikuje ve sklonu 30°- 60°. Tato poloha je vhodná při běžných činnostech, jako je jídlo nebo běžná konverzace, nebo po operaci srdce či hrudníku. Zajišťuje vhodnou plicní ventilaci po operaci orgánů, mozku apod. a také se používá při začínající vertikalizaci. Pozor se musí dát na to, aby nevznikla ortostatická hypotenze rychlým vzpřímením pacienta (Kubota, Endo, Kubota, Ishizuka, & Furudate, 2015). Z důvodu větší zatíženosti sakrální části těla věnujeme větší pozornost proleženinám (Rozsypalová, 2009).

Tredelenburgova poloha: Pacient leží s dolními končetinami výše než je hlava a hrudník, čehož docílíme zvednutím nohou a odebráním polštáře. Tato poloha je používána pro lepší prokrvení mozku, pokud chceme odlehčit oběh v dolní části těla, nebo po některých gynekologických operacích (Vytejšková, 2011).

Ortopnoická poloha: Je vyhledávána pacienty s expiračními potížemi, například při srdečním selhávání, záchvatu dušnosti apod. (Vytejšková, 2011). Ulehčuje dýchání maximální expanzí hrudníku, zvyšuje se vitální kapacita plic a zlepšuje se plicní ventilace. Nemocný sedí/stojí v mírném předklonu opřen např. o jídelní stůl a ruce má rozevřené do široka, čímž dochází k fixaci pažního pletence. Dolní končetiny jsou spuštěny dolů, což má za následek lepší prokrvení a odlehčení plicního oběhu. Pacient často volí polohu sám, protože pociťuje úlevu (Rozsypalová, 2009).

1.4 Vertikalizace

Vertikalizace neboli postavení do svislé polohy je pro pacienta velmi důležitý krok, protože, jak již bylo zmíněno výše, dlouhodobé upoutání na lůžku nese svá rizika, neboť komplikace z důvodu prolongovaného omezení pohybu se rozvíjí velmi rychle. Úkolem fyzioterapeuta za pomoci všeobecné sestry je snížit tato rizika a co nejdříve zavést mobilizaci pacienta s ohledem na větší riziko vyššího kardiopulmonálního zatížení (Kolář, 2009).

Pokud je tedy pacient schopen z hlediska kardiopulmonálního zatížení intrakraniálního tlaku tolerovat vyšší polohu, nebo pokud u něj nehrozí riziko pádu, pak se postupně provádí vertikalizace (Kolář, 2009). Nejprve se začíná s nácvikem sedu, stoje a následně dochází k nácviku chůze. Některým pacientům se před začátkem postavení bandážují dolní končetiny jako prevence tromboembolické nemoci. Pacient by měl být spolupracující a vertikalizace by u něj měla probíhat jen za přítomnosti všeobecné sestry nebo fyzioterapeuta, kteří dohlédnou na pacienta a popřípadě zvolí pomalejší tempo vertikalizace. Až když už pacient zvládá vertikalizaci dobře a bez obtíží, může ji provádět i sám (Haladová, 2007).

1.4.1 Správný postup vertikalizace

I vertikalizace s sebou nese pro pacienta svá rizika, z toho důvodu je potřeba dodržovat určité zásady a řídit se jimi.

Nejprve se pacient **posazuje na lůžku s nataženými DK**, kdy si dopomáhá sám za pomoci pomůcek typu hrazdička, uzdička apod., nebo mu dopomůže zdravotník. Pokud pacient toho není schopen, může se pouze zvednout zádová opěrka a on během základního cvičení s HK a HK setrvává ve Fowlerově poloze (Haladová, 2007).

Další fází je **posazení na lůžku se spuštěnými DK**. Tuto polohu učíme pacienta pozicí přes bok s pokrčenými DK, spodní paži má u těla a opírá se o loket, vrchní horní

končetinu má před tělem a opírá se do lůžka dlaní, přičemž spouští DK z lůžka (Kolář, 2009).

Důležité je, aby plosky nohou měly pevnou oporu, k čemuž využijeme malou stoličku nebo nastavíme postel tak, aby se pacient opíral nohama o zem. Pacienta necháme chvíli setrvat v této pozici, aby si zvykl, a pokračujeme podle jeho pocitů. I v této poloze může pacient absolvovat cvičení s HK i DK, ale navíc může cvičit s hlavou a trupem (Haladová, 2007).

Posledním krokem je **vertikalizace do stoje**. Ještě než pacienta postavíme, necháme ho alespoň 15 minut sedět na lůžku. Pokud je bez potíží typu nevolnost či točení hlavy, pokračujeme ve vertikalizaci. Při postavení se nemocný přidržuje postele, berle nebo chodítka (Kapounová, 2007). Zdravotník se staví tak, aby pacientovi umožnil stabilitu a bezpečný stoj, který zajistí přidržováním pod rameny nebo kolem pasu. Důležité je, aby měl pacient stabilizovaná propnutá kolena (Haladová, 2007).

1.5 Dechová gymnastika

Ač se to nemusí zdát, dechová gymnastika je velmi důležitá pro pacienty s různými zdravotními obtížemi, přesto je velmi často opomíjena.

Dýchání jako takové je ovládáno automaticky nervovými centry, které jsou uloženy v prodloužené míše. Při dýchání se zapojují dechové svaly, které ovlivňují pohyby hrudního koše. Podle dýchacího pohybu hrudního koše můžeme rozpoznat stav pacienta (Haladová, 2007). Dechová gymnastika je používána při cvičení jak u zdravých, tak i u nemocných pacientů. Dá se říci, že dechová gymnastika se dá využít ve všech lékařských oborech a i při předoperační a pooperační péči (Haladová, 2007).

Dechová gymnastika je používána při různých onemocněních či postiženích. U nemocných, kteří jsou delší dobu upoutáni na lůžko, se využívá jako samostatné cvičení ke zvýšení ventilace plic, uvolnění dýchacích cest od sekretu, pro zlepšení odkašlávání apod. (Rozsypalová, 2010). Dechovou gymnastiku dělíme na základní a speciální.

Základní je využívána při jednotlivých cvicích či sestavách, které jsou zaměřeny na koordinaci dýchání v koordinaci s pohybem.

Speciální gymnastiku můžeme ještě rozdělit na *klidové dýchání*, které nastává při přirozeném dýchání. *Dynamické dýchání* se využívá při pohybu pacienta, aby nikdy nedošlo k zadržení dechu. Při *vědomě prohloubeném dýchání* pacient dýchá do určité části hrudníku. Sestra může pacientovi pomoci tím, že na místo, které má být prodýcháno, využije masáž, poklep, vibraci, tlak ruky (Kapounová, 2007).

2 VZDĚLÁVÁNÍ NELÉKAŘSKÝCH PRACOVNÍKŮ V ČESKÉ REPUBLICE

Následující kapitola je věnována vzdělávání nelékařských pracovníků, kteří hrají hlavní roli v rehabilitačním ošetřovatelství, a jejich kompetencím. Tyto informace pokládám za stěžejní pro správné pochopení kompetencí jednotlivých pracovníků a pro jejich přínos při spolupráci v rámci multidisciplinárního týmu.

Systém vzdělávání všeobecných sester v České republice se řídí zákonem č. 105/2011 Sb., kterým se mění zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), ve znění pozdějších předpisů, a zákon č. 634/ 2004 Sb., o správních poplatcích, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „novela“), vstoupil v platnost a nabyl účinnosti dnem 22. dubna 2011.

Poskytování zdravotní péče, a tedy i práce všeobecných sester a fyzioterapeutů patří mezi státem regulované činnosti. Konkrétně zákon o zdravotních službách stanovuje, že zdravotní péči mohou poskytovat pouze poskytovatelé zdravotních služeb ve zdravotnických zařízeních prostřednictvím kvalifikovaných zdravotnických pracovníků či jiných odborných pracovníků (Vévoda, 2013).

2.1 Vzdělávání všeobecných sester od roku 2004

V roce 2004 vstoupila Česká republika do EU a pro nelékařské obory to byl velký mezník ve změně vzdělávání. Právní úpravy před rokem 2004 o získání způsobilosti k výkonu zdravotnických povolání byly nevyhovující a neodpovídaly potřebám zdravotnictví ani některým předpisům EU (Plevová, 2011). Proto dne 1. dubna 2004 vstoupil v platnost zákon o nelékařských zdravotních povoláních č.96/2004 Sb., který spolu s novelou č. 105/2011 podmiňuje jak pregraduální, tak i postgraduální vzdělávání sester. (Zákon č. 105/2011 Sb., který novelizoval s účinností od 22. 4. 2011 zákon č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povolání).

Podstatnou změnou tohoto zákona je vymezení výkonu zdravotnického povolání, a to na:

- a) Bez přímého vedení nebo odborného dohledu (Plevová, 2007)
 - Studenti akreditovaného bakalářského oboru vysokých škol či vyšších zdravotnické školy, kteří jsou po absolvování nazýváni všeobecná sestra (Vévoda, 2013).

- Za akreditované zdravotnické obory vysokých či vyšších škol se považují takové, ke kterým ministerstvo zdravotnictví vydalo souhlasné stanovisko s tím, že jejich absolventi jsou způsobilí vykonávat zdravotnické povolání. Ministerstvo zdravotnictví musí na svých internetových stránkách každoročně uvést přehled škol, kterým bylo uděleno souhlasné či nesouhlasné stanovisko MZ a jejichž absolvováním se v případě souhlasného stanoviska získává způsobilost k výkonu zdravotnického povolání. Avšak všechny obory musí splňovat požadavky z vyhlášky č. 39/2005 Sb., kde jsou stanoveny veškeré požadavky pro získání odborné způsobilosti k výkonu nelékařského zdravotnického povolání (Vyhláška, č. 39/2005 Sb., o stanovení minimálních požadavků na studijní programy k získání odborné způsobilosti k výkonu nelékařského zdravotnického povolání).
- b) Pod odborným dohledem
 - Výkon činností, ke kterým pracovník získává způsobilost a je pod odborným dohledem zdravotnického pracovníka způsobilého k výkonu těchto činností bez odborného dohledu.
- c) Pod přímým vedením (Plevová, 2007)
 - Absolventi středních zdravotnických škol po roce 2004, které nazýváme zdravotničtí asistenti, které lze považovat za sestry druhé úrovně (Vévoda, 2013).

Celoživotní vzdělávání je povinné pro všechny zdravotnické pracovníky a podle § 53 odst. 1 je celoživotním vzděláním chápáno jako „průběžné obnovování, zvyšování, prohlubování a doplňování vědomostí, dovedností a způsobilostí zdravotnických pracovníků v příslušném oboru, v souladu s rozvojem oboru“ (Zákon č. 105/2011 Sb., který novelizoval s účinností od 22. 4. 2011 zákon č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povolání).

2.2 Vzdělávání fyzioterapeutů od roku 2004

Raudenská a Javůrková (2011) uvádějí, že fyzioterapeut je absolvent bakalářského či magisterského studijního oboru Fyzioterapie, který nejčastěji pracuje v multidisciplinárním týmu v rehabilitačních centrech, léčebnách, ústavech, odděleních rehabilitace, lázních a jiných zdravotnických zařízeních. Náplní jeho práce je prevence, diagnostika a terapeutické postupy v procesu rehabilitace, týkající se pohybového systému.

Postgraduální vzdělávání fyzioterapeutů zajišťují různé organizace, instituty a také fakulty. Profesor Kolář (2009) se ve své knize zmiňuje, že v současnosti pro toto povolání existuje pouze vysokoškolské vzdělání. V minulých dobách však stačilo absolvovat střední a vyšší odborné školy.

Vzdělávání fyzioterapeutů je vesměs podobné jako u všeobecných sester, neboť zákon č.96/2004 s novelou č. 105/2011 Sb. platí pro všechny nelékařské obory, kam spadá i fyzioterapie s ergoterapií. Absolventi fyzioterapie musí pro získání specializované způsobilosti pracovat prvních 6 měsíců pod přímým dohledem fyzioterapeuta způsobilého k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu (Zákon č. 105/2011 Sb., který novelizoval s účinností od 22. 4. 2011 zákon č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povolání)

2.3 Kompetence všeobecných sester, fyzioterapeutů a ergoterapeutů v rámci

rehabilitační péče

Všeobecné sestry bez odborného dohledu podle vyhlášky č. 55/2011 (o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků) mohou pozorovat a hodnotit stav pacienta či jeho potřeby a soběstačnost. Mohou identifikovat rizikové faktory za pomoci měřících technik využívaných v ošetrovatelské praxi typu testů soběstačnosti, rizika proleženin apod. Mají spolupracovat především v rámci rehabilitačního ošetrovatelství s fyzioterapeuty a ergoterapeuty, a to i bez předešlé indikace lékařem. Všeobecná sestra by měla asistovat nejen při polohování, posazování, dechových cvičení, bazální stimulaci či prevenci. Fyzioterapeut má ve svých kompetencích kromě vyšetření a následného rozhodnutí o druhu léčby i školit zdravotnický personál, který je způsobilý poskytovat ošetrovatelskou péči, a to především v prevenci imobilizačního syndromu (Vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků).

Všeobecná sestra má spolupracovat i s ergoterapeuty, neboť ti ji edukují v preventivních opatřeních proti vzniku komplikací a strukturálních změn u imobilních pacientů. Ergoterapeut je totiž považován za odborníka na uspokojování specifických potřeb pacientů. Ergoterapie (léčba prací) je prováděna bez odborného dohledu na základě předešlé indikace lékaře tak, aby bylo dosaženo požadovaného cíle lékařem. Na základě svého vyšetření ergoterapeut sestavuje krátkodobý a dlouhodobý plán ergoterapie, vybírá specifické postupy a v rámci multidisciplinárního týmu vytváří dlouhodobý plán komplexní rehabilitace. Ergoterapeut je velkým přínosem pro imobilní či handicapované

pacienty, neboť jim dokáže navrhnout či sestavit kompenzační a technické pomůcky a učit pacienty je správně využívat. Může jim poskytnout i poradenskou službu či instruktáž v otázce adaptace, kompenzace či substituce poruch a onemocnění (Vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků).

3 MULTIDISCIPLINÁRNÍ TÝMY

Ač jsou všeobecné sestry důležité při poskytování rehabilitačního ošetrovatelství, bez spolupráce s fyzioterapeuty a ostatními členy zdravotnického personálu by jejich práce nebyla pro pacienta tolik přínosná. V následující kapitole se budu snažit vysvětlit, co si představit pod názvem multidisciplinární tým, jeho výhody pro zdravotníky, ale především pro pacienta.

Základním článkem organizace zdravotní péče jsou organizační útvary, jako je například oddělení, stanice apod. V těchto organizacích pracují společně v týmu pracovníci s různými specializacemi, odlišným vzděláním a kompetencemi. Neexistuje jednoznačná definice týmu, protože není formálně stanovenou jednotkou, což znamená, že existuje na základě rozhodnutí subjektu, ale můžeme pozorovat některé společné charakteristiky a znaky. „Tým tvoří tři a více jedinců, kteří jsou ve vzájemné interakci, vnímají společnou identitu, přijímají kolektivní normy a cíle a uvědomují si jeden druhého. Týmy většinou mají časové, finanční a materiální limity“ (Kolajová, 2006, s. 12). Pro tým je důležitá vzájemná odpovědnost a záměr týmové práce, čemuž by měl napomoci správný výběr členů týmu, kteří se budou následně vzájemně doplňovat ve svých dovednostech (Vévoda, 2013, Kolajová, 2006). V týmu jsou specifické vztahy, neexistuje zde určená dělba práce, členové týmu odvádí práci na základě svého vzdělání, odborné specializace a vzájemné dohody, to znamená, že neexistují vztahy nadřízenosti nebo podřízenosti. Důležité je ale také umět delegovat úkoly na pracovníky týmu tak, aby své úkoly plnili, aniž by měli neustálou potřebu žádat vyšší složky o schválení (Vévoda, 2013).

Vytváření multidisciplinárního týmu v České republice se objevuje až koncem minulého století a je naplňováno v různých podobách v závislosti na společnosti. V současnosti dochází k rozšiřování kompetencí všeobecných sester a jsou na ně delegovány specializované činnosti lékařů. Role sestry je v terapeutických týmech velmi důležitá, a především ve vztahu sestra-lékař by mělo jít o partnerství. Bohužel praxe za tímto tvrzením značně zaostává. V mnoha zařízeních je týmová spolupráce mezi sestrou a lékařem vnímána jako samozřejmost, ovšem na mnoha pracovištích toto pravidlo stále neplatí. Ve zdravotnictví je tým nejčastěji tvořen z pracovníků různých odborností typu lékař, sestra, fyzioterapeut, ergoterapeut, psycholog, sociální pracovník a další dle potřeb pacienta. Ve zcela fungujícím týmu si všichni pracovníci uvědomují důležitost spolupráce a vzájemných cílů dosahují vzájemnou spoluprací. Je tedy důležité podporovat vzájemnou

komunikaci a spolupráci mezi členy týmu, protože pracovní vztahy patří k nejdůležitějším aspektům utváření atmosféry na pracovišti (Vévoda, 2013).

Nejlepších a nejvíce efektivních výsledků pro pacienty dosahujeme, když zdravotníci pracují jako tým a nezáleží, zda se jedná o multidisciplinární, interdisciplinární, mezioborový apod. Multidisciplinární přístup ve zdravotnictví je pro pacienta zásadní v dostávání zdravotní péče jako kombinované snahy odborníků, která má za výsledek lepší kvalitu a péči. Efektivní spolupráce a multidisciplinární praxe závisí na dobré komunikaci, silných profesionálních rolích, znalosti profesních rolí druhých, vedení, funkčnosti týmu a řešení konfliktů mezi zapojenými odborníky (Vincent-Onabajo, Mustapha, & Oyeyemi, 2014).

Bylo již zjištěno, že týmová práce mezi poskytovateli zdravotnické péče je zásadní pro bezpečí pacienta (Kalisch & Kyung, 2010). Výsledkem snažení celého kolektivu, který multidisciplinární péči zajišťuje, musí být návrat samostatného pacienta zpět do běžného života v co nejlepší kondici (Jirků, 2006). Veškeré úkony spojené s pacientem musí být velmi dobře koordinované, protože pokud se nevěnuje dostatečná pozornost týmové dynamice, členové multidisciplinárního týmu nepracují pospolu, ale vedle sebe (Vévoda, 2013). Pro ulehčení přehledu spolupráce týmu může být sestavena plánovací tabule, kde jsou zakreslena veškerá plánovaná vyšetření, cvičení a psychologická intervence. Celkovým výsledkem snažení kolektivu by mělo být navrácení pacienta zpět do běžného života v co nejlepší kondici (Jirků, 2006).

Vzhledem k neustále rostoucí závislosti na týmové práci v rámci zdravotní péče týmová práce vyžaduje zvýšenou komunikaci a explicitní komunikaci. Studie například zjistily, že špatná komunikace na operačních sálech je spojena se zvýšenou nemocností a úmrtností pacientů. Proto by bylo nejvhodnější zařadit před zahájením směny krátké porady v rozmezí 5-10 minut, kdy by si členové multidisciplinárního týmu sdělili případné postupy a shodli by se na předcházení problémů, popřípadě na jejich společném řešení. Poradu nemusí vést zásadně doktor, může to být kdokoli z týmu, hlavní je, aby rozvíjel poradou a účastníci dostávali potřebné informace a odpovědi na své otázky od ostatních členů (Carpini, Fleming, & Parker, 2015).

3. 1 Týmová práce mezi všeobecnou sestrou a fyzioterapeutem či ergoterapeutem

Týmová práce mezi všeobecnou sestrou a fyzioterapeutem či ergoterapeutem je velmi důležitá. Mohou si spolu stanovit cíl, čímž se zabrání duplikování práce, ale především fyzioterapeut může všeobecné sestře ukázat a popřípadě ji naučit cviky, které by s pacientem měla provádět, neboť právě sestra je s pacientem nejvíce ve styku.

Multidisciplinární přístup v péči o pacienta je vhodný a nutný, ať se týká ošetrovatelské nebo fyzioterapeutické péče. Umožňuje všem zúčastněným stranám nahlédnout na problém nemocného nebo zdravého člověka z několika úhlů pohledu. V praxi ovšem převládá názor, že některé obory jsou více užitečné než jiné, takže mezi danými obory vzniká nevraživost, což může zkomplikovat či dokonce znemožnit spolupráci. Tento názor může podněcovat i fakt, že vznikají nově vzdělaní odborníci s jinými kompetencemi a přichází již do zaběhlého režimu, kde nebyla specializovanost zdravotnického personálu příliš obvyklá. Z toho důvodu není v praxi dost jasné, zda mají například sestra, fyzioterapeut, ergoterapeut a nutriční sestra stejné postavení v péči o pacienta (Vévoda, 2013).

Rehabilitace, která je dobře prováděna a dávkovaná, může pacientovi až překvapivě pomoci, je však zapotřebí spolupráce celého zdravotnického týmu. Fyzioterapeuti ovšem doposud naráželi na nepochopení ze stran ostatních zdravotníků dělat věci jinak. Z toho důvodu jsou velmi často nuceni provádět rehabilitační ošetrovatelství, které je ve značné míře opomíjeno, a na specializovanou péči jim pak už nezbývá čas (Zítková, Smílková & Dahorádová, 2007). Tento fakt potvrzuje i Marková (2006), která se ve své knize zmiňuje, že „Rehabilitační ošetrování u pacientů není dostatečně uplatňováno i přesto, že je součástí výuky zdravotních sester a je v pracovní náplni všeobecných sester. Mezi hlavní důvody patří nedostatek teoretických znalostí a praktických zkušeností v této oblasti a nedostatečná kontrola vedoucích pracovníků.“

Pokud pracuje více zdravotnických profesí dohromady, může nastat neochota uznávat jiné odborníky. Tyto negativní vlastnosti, které mohou studenti získat během svých praxí. Ovšem průzkumy ukazují, že mezioborové vzdělávání je tím hlavním, jak rozšířit znalosti studentů o jiných zdravotnických disciplínách a tím podporovat budoucí spolupráci v praxi (Vincent-Onabajo, Mustapha,&Oyeyemi, 2014). Ovšem terapeuti nejsou vždy přítomni na odděleních a v tu chvíli by měly nastoupit všeobecné sestry. Pro všeobecné sestry je snazší rychle osprchovat pacienta, vybrat mu oblečení, převléknout, uložit ho buď zpět do postele, nebo do invalidních vozíků. Ale dá se tato péče

považovat za efektivní pro pacienta? Efektivní rehabilitační ošetřovatelství maximalizuje všechny kroky pro zvýšenou sebepéči pacienta. I když je časově náročnější, aby se pacient umyl sám nebo si vybral oblečení, napomáhá to kompenzačním technikám a navrácí sebepéči (Kearney, Lever, 2010).

Zdravotní asistenti a všeobecné sestry by měli usnadnit rehabilitaci pod vedením kvalifikovaného terapeuta. Místo toho se zaměřují na organizaci a péči ve spolupráci s ostatními členy týmu, fyziologické monitorování, pomoc při osobní péči apod. (Clarke, 2014). To, že by všeobecné sestry bez odborného dohledu a bez indikace lékaře měly spolupracovat s fyziio či ergoterapeuty, jasně stanovuje vyhláška č. 55/2011, která zní: „Všeobecné sestry mohou provádět ve spolupráci s fyzioterapeutem a ergoterapeutem rehabilitační ošetřování, to je zejména polohování, posazování, dechová cvičení a metody bazální stimulace s ohledem na prevenci a nápravu hybných a tonusových odchylek, včetně prevence dalších poruch mobility“ (Vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků).

EMPIRICKÁ ČÁST

4 CÍLE PRÁCE

Hlavní cíl: Zjistit, jaké mají všeobecné sestry povědomí o rehabilitačním ošetřovatelství a zda spolupracují v rámci multidisciplinárního týmu.

Dílčí cíle: 1) Zjistit, co všeobecné sestry vnímají jako rehabilitační ošetřovatelství.

2) Zjistit, zda všeobecné sestry rehabilitují s pacienty.

3) Zjistit, zda je multidisciplinární tým využíván v praxi.

5 METODIKA PRÁCE

5.1 Zdroje literatury

Jako zdroje pro bakalářskou práci jsem použila odbornou literaturu a elektronické informační zdroje. Analyzovaná data byla čerpána z licencovaných a volně dostupných elektronických databází: EBSCOhost, Web of Science a katalogy knihoven.

5.2 Použitá metoda výzkumu a sběru dat

Ke zpracování praktické části své bakalářské práce byl použit kvantitativní výzkum. Technika sběru dat byla provedena za pomoci dotazníku (Příloha 1), který byl zcela anonymní a dobrovolný. Obsahoval 15 otázek, které byly vytvořeny na základě získaných vědomostí z nastudované odborné literatury, zkušeností z mé praxe a po konzultaci s vedoucí práce. Otázky byly rozděleny do třech základních oblastí, které se vztahovaly k rehabilitačnímu ošetrovatelství.

První oblast se skládala ze 3 otázek (otázka č.1, 2, 3), které sloužily k získání identifikačních údajů o respondentech. Druhá oblast obsahovala 8 otázek (otázka č. 4,5,6,7,8,9,10,11) zaměřených na dosažení cíle č. 1 zjistit, co všeobecné sestry vnímají, jako rehabilitační ošetrovatelství a cíle č. 2 zjistit, zda všeobecné sestry rehabilitují s pacienty.

Třetí okruh, a tedy zbylé 4 otázky (otázka č. 12,13,14,15) se zabývají multidisciplinárním týmem, a jak sestry vnímají tento pojem a směřovaly ke splnění cíle č. 3. Otázky byly koncipovány jako uzavřené, polootevřené a vyskytovaly se i otázky výčtové.

Kvantitativní dotazníkové šetření se konalo v průběhu měsíce ledna roku 2016. Během výzkumu bylo respondenty vyplněno 100 internetových dotazníků. Dotazníky byly zhotoveny na webové stránce vyplnto.cz, kam také následně přicházely odpovědi. Dotazníky byly distribuovány pomocí sociální sítě Facebook, kde byl dotazník vložen do skupiny pro „Nelékařská povolání“. Dále byl dotazník vyplněn i všeobecnými sestrami, které jsem potkala na svých odborných praxích a požádala je, zda by mi dotazník nevyplnili i jejich kolegyně z práce.

5.3 Charakteristika výzkumného souboru a zpracování dat

Výzkumné šetření proběhlo za pomoci sociálních sítí. Výzkumný vzorek tvořily pouze všeobecné sestry, a to staniční a směnové sestry z nemocnic z celé republiky. Mým požadavkem bylo, aby sestry pracovaly na interním či chirurgickém oddělení a na jednotce intenzivní péče. Tato oddělení byla zvolena cíleně, jelikož je zde největší počet pacientů, u kterých je rehabilitační ošetřovatelství využíváno v největší míře. Proto je možné tvrdit, že respondenti byli vybráni cíleně.

Pracovala jsem v počítačovém programu Microsoft Word 2010 a zjištěná data, která jsem následně zpracovala do tabulek a grafů jsem zpracovávala v programu Office Excel 2010. Výsledky jsou zaznamenány v relativní a absolutní četnosti. Pro výpočet relativní četnosti byl použit vzorec $f_i = n_i / N$, kdy f_i je relativní četnost udávaná v procentech, n_i absolutní četnost a N je celková četnost všech respondentů. Výsledky relativní četnosti jsou zaokrouhleny na dvě desetinná čísla.

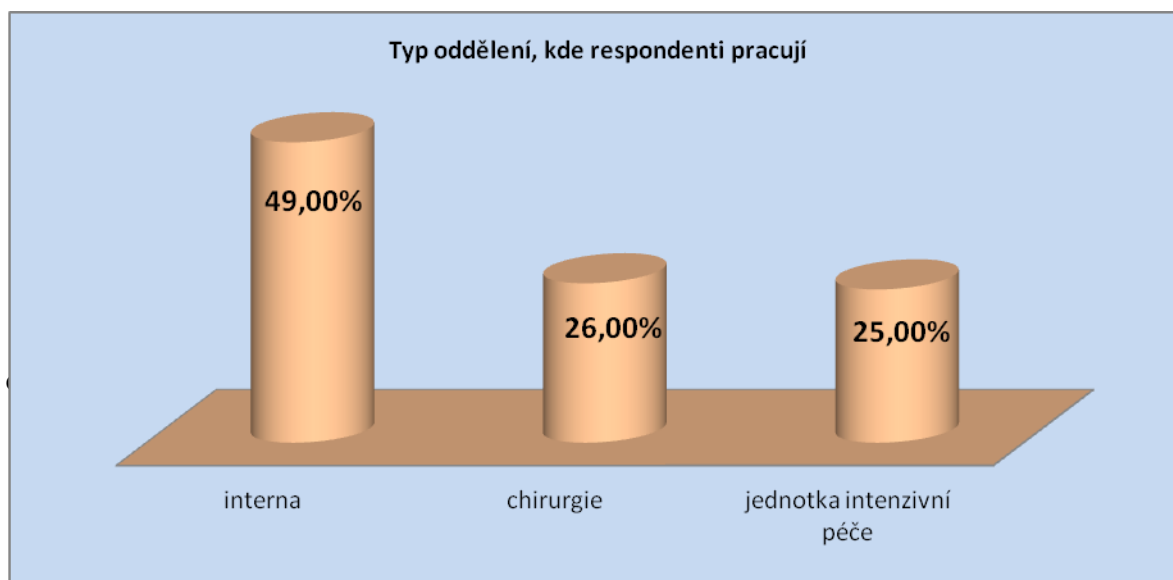
6 VÝSLEDKY ŠETŘENÍ

Otázka č. 1: Na jakém oddělení pracujete?

Tabulka č. 1: Typ oddělení, kde respondenti pracují

| Oddělení respondentů | Absolutní četnost (n) | Relativní četnost (%) |
|--------------------------|-----------------------|-----------------------|
| Interna | 49 | 49,00% |
| Chirurgie | 26 | 26,00% |
| Jednotka intenzivní péče | 25 | 25,00% |
| Celkem | 100 | 100,00% |

Graf č. 1: Typ oddělení, kde respondenti pracují



Zdroj: Vlastní práce

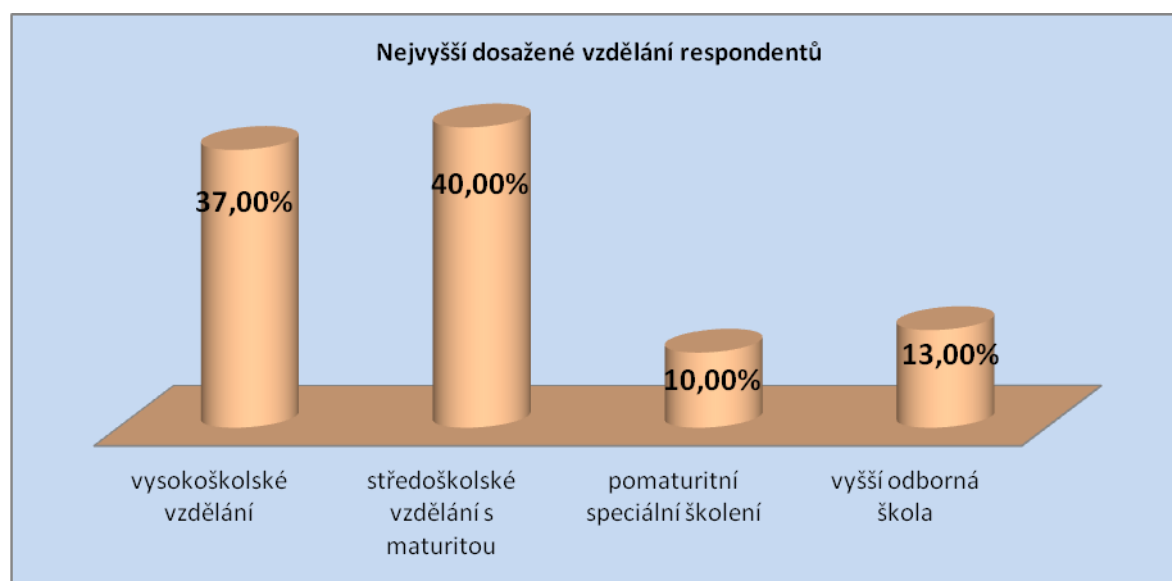
Z celkového počtu respondentů 100 (100,00%) bylo nejvíce sester zaměstnáno na interním oddělení v počtu 49 (49,00%). Poměrně ve stejném počtu pracují sestry na chirurgickém oddělení 26 (26,00%) a jednotce intenzivní péče v počtu 25 (25,00%). Viz tabulka a graf č. 1.

Otázka č. 2: Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

Tabulka č. 2: Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů

| Vzdělání respondentů | Absolutní četnost (n) | Relativní četnost (%) |
|------------------------------------|-----------------------|-----------------------|
| Vysokoškolské vzdělání | 37 | 37,00% |
| Středoškolské vzdělání s maturitou | 40 | 40,00% |
| Pomaturitní speciální školení | 10 | 10,00% |
| Vyšší odborná škola | 13 | 13,00% |
| Celkem | 100 | 100,00% |

Graf č. 2: Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů



Zdroj: Vlastní práce

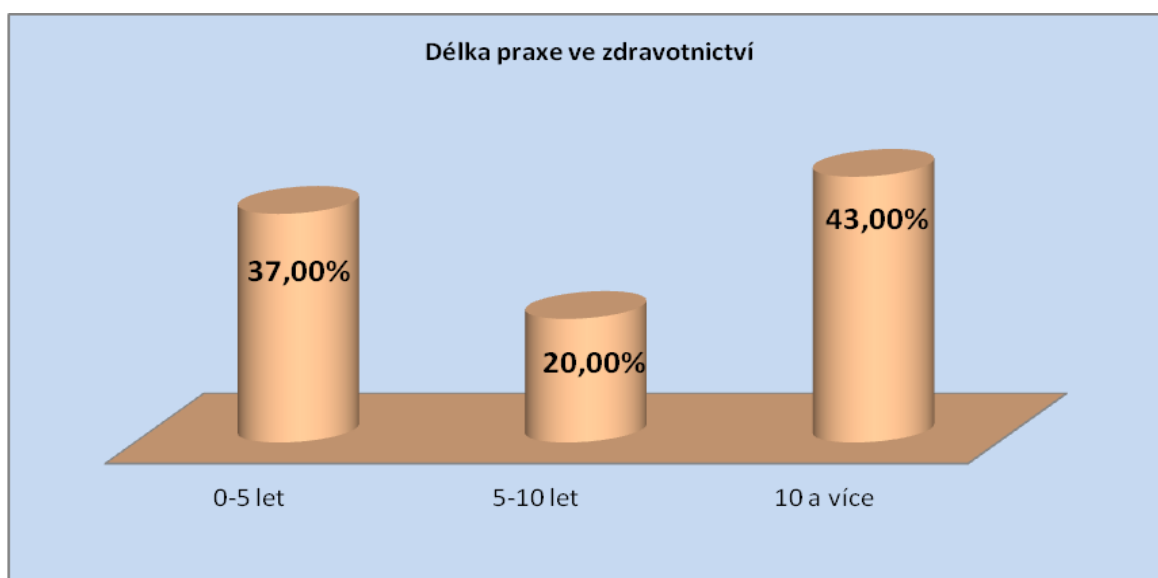
Z celkového počtu 100 (100,00 %) respondentů má 40 (40,00%) vzdělání na střední zdravotnické škole s maturitou, 37 (37,00 %) sester má vysokoškolské vzdělání, 13 (13,00 %) sester absolvovalo vyšší odbornou školu a 10 (10,00 %) sester absolvovalo pomaturitní speciální studium. Viz tabulka a graf č. 2.

Otázka č. 3: Jak dlouho pracujete jako sestra ve zdravotnictví?

Tabulka č. 3: Délka praxe ve zdravotnictví

| Délka praxe respondentů | Absolutní četnost (n) | Relativní četnost (%) |
|-------------------------|-----------------------|-----------------------|
| 0 - 5 let | 37 | 37,00% |
| 5 - 10 let | 20 | 20,00% |
| 10 a více let | 43 | 43,00% |
| Celkem | 100 | 100,00% |

Graf č. 3: Délka praxe ve zdravotnictví



Zdroj: Vlastní práce

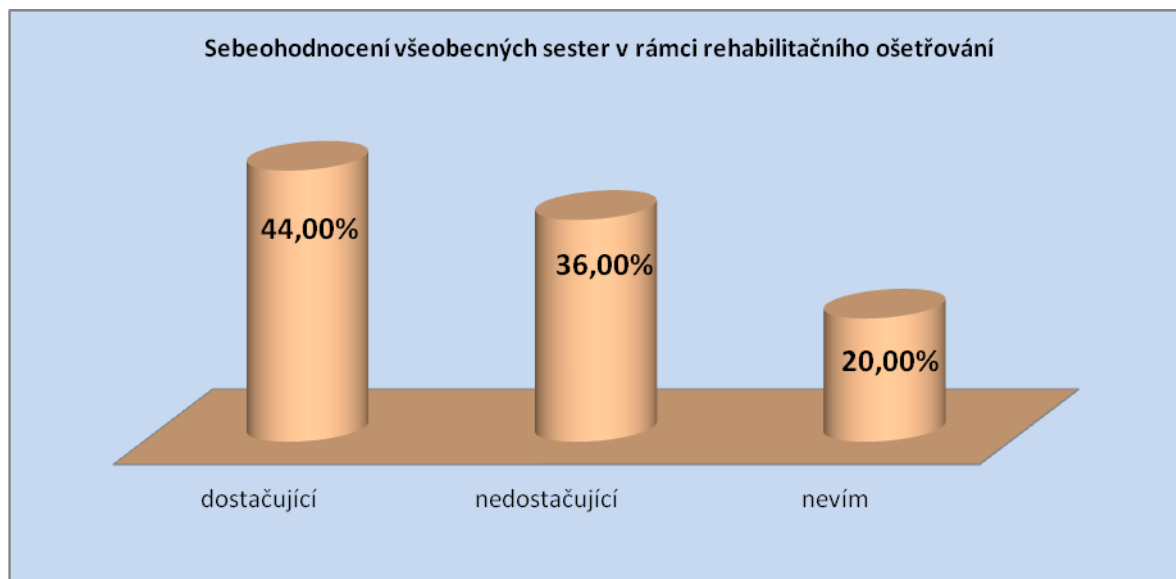
Z celkového počtu 100 (100,00 %) respondentů pracuje 43 (43,00 %) sester více jak s desetiletou praxí, 37 (37,00 %) sester pracuje ve zdravotnictví méně než pět let a 20 (20,00 %) sester pracuje více jak pět let ve svém oboru. Viz tabulka a graf č. 3.

Otázka č. 4: Domníváte se, že Vaše teoretické vědomosti o rehabilitačním ošetřovatelství jsou dostačující při Vámi poskytované péči?

Tabulka č. 4: Sebeohodnocení vědomostí sester v rámci rehabilitačního ošetřovatelství

| Sebeohodnocení respondentů | Absolutní četnost (n) | Relativní četnost (%) |
|----------------------------|-----------------------|-----------------------|
| Dostačující | 44 | 44,00% |
| Nedostačující | 36 | 36,00% |
| Nevím | 20 | 20,00% |
| Celkem | 100 | 100,00% |

Graf č. 4: Sebehodnocení vědomostí všeobecných sester v rámci rehabilitačních ošetřovatelství



Zdroj: Vlastní práce

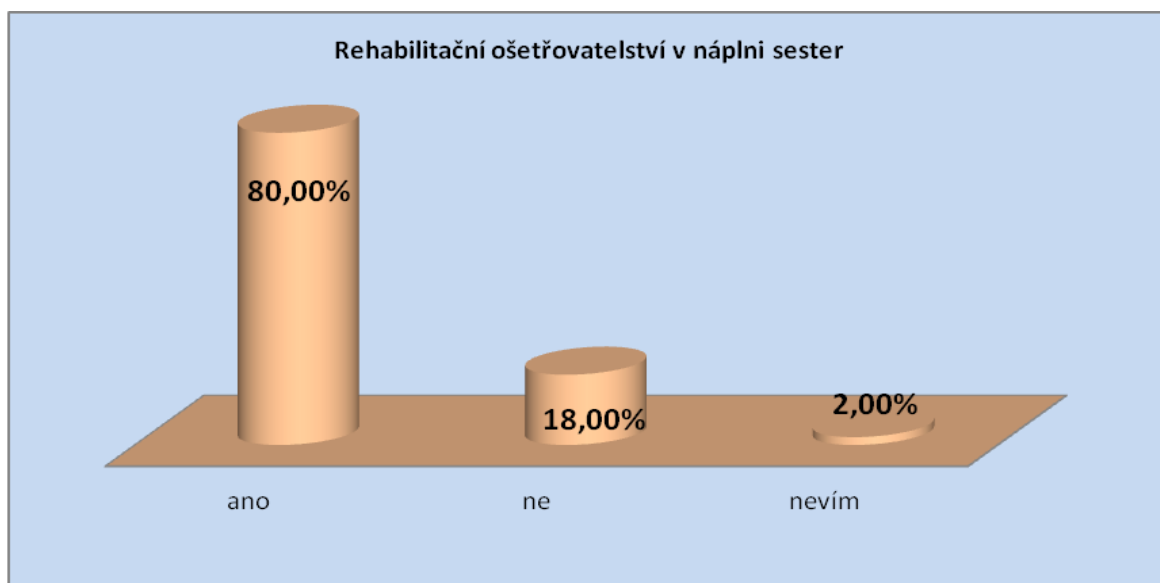
Z celkového počtu respondentů 100 (100,00 %) uvádí 44 (44,00 %) sester, že jejich znalosti jsou dostačující v rámci rehabilitačního ošetřovatelství, 36 (36,00 %) sester se domnívá, že jejich znalosti nejsou dostačující a 20 (20,00 %) sester neví nebo nedokáže posoudit, zda jsou znalosti dostačující. Viz tabulka a graf č. 4.

Otázka č. 5: Je podle Vás rehabilitační ošetrovatelství součástí pracovní náplně sester?

Tabulka č. 5: Rehabilitační ošetrovatelství v náplni sester

| RO v náplni respondentů | Absolutní četnost (n) | Relativní četnost (%) |
|-------------------------|-----------------------|-----------------------|
| Ano | 80 | 80,00% |
| Ne | 18 | 18,00% |
| Nevím | 2 | 2,00% |
| Celkem | 100 | 100,00% |

Graf č. 5: Rehabilitační ošetrovatelství v náplni sester



Zdroj: Vlastní práce

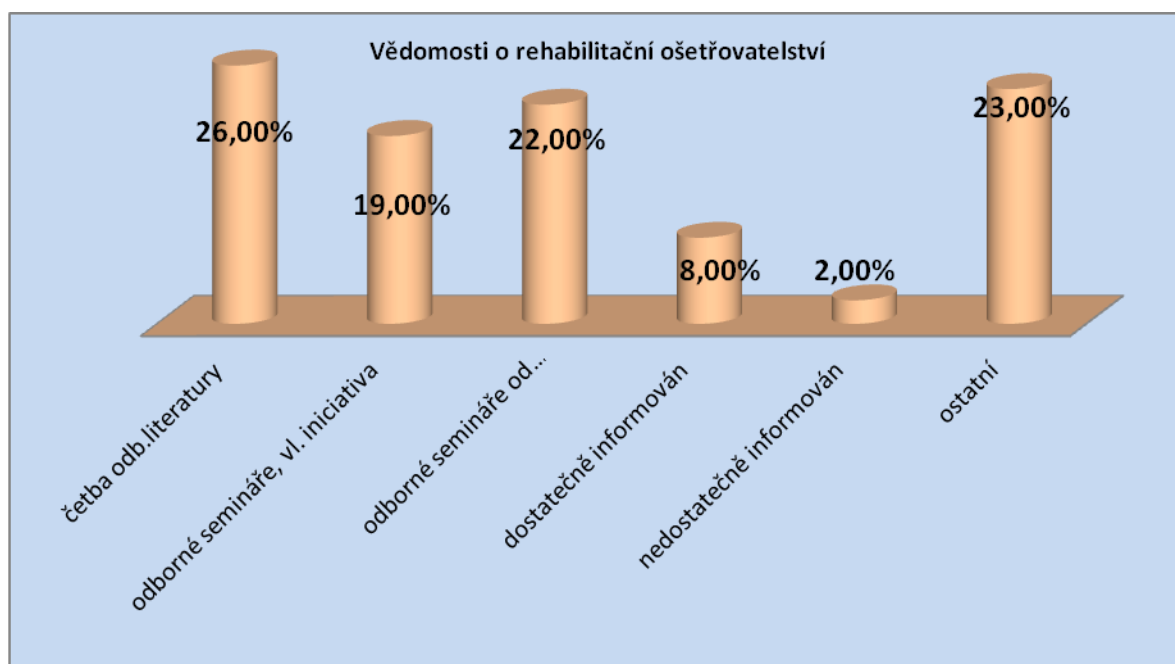
Z celkového počtu 100 (100,00 %) respondentů se k problematice kompetencí v rehabilitačním ošetrovatelství, zda spadá do kompetencí všeobecných sester, vyjádřilo 80 (80,00 %) všeobecných sester, že ano. 18 (18,00 %) odpovědělo, že ne a 2 (2,00%) sestry uvedly, že neví. Viz tabulka a graf č. 5.

Otázka č. 6: Jakým způsobem si rozšiřujete vědomosti o rehabilitačním ošetřovatelství?

Tabulka č. 6: Vědomosti o rehabilitačním ošetřovatelství

| Vědomosti respondentů o RO | Absolutní četnost (n) | Relativní četnost (%) |
|---------------------------------------|-----------------------|-----------------------|
| Četba odborné literatury | 33 | 26,00% |
| Odborné semináře z vlastní iniciativy | 24 | 19,00% |
| Odborné semináře od zaměstnavatele | 28 | 22,00% |
| Dostatečně informován | 11 | 8,00% |
| Nedostatečně informován | 3 | 2,00% |
| Ostatní | 30 | 23,00% |
| Celkem | 129 | 100,00% |

Graf č. 6: Vědomosti o rehabilitačním ošetřovatelství



Zdroj: Vlastní práce

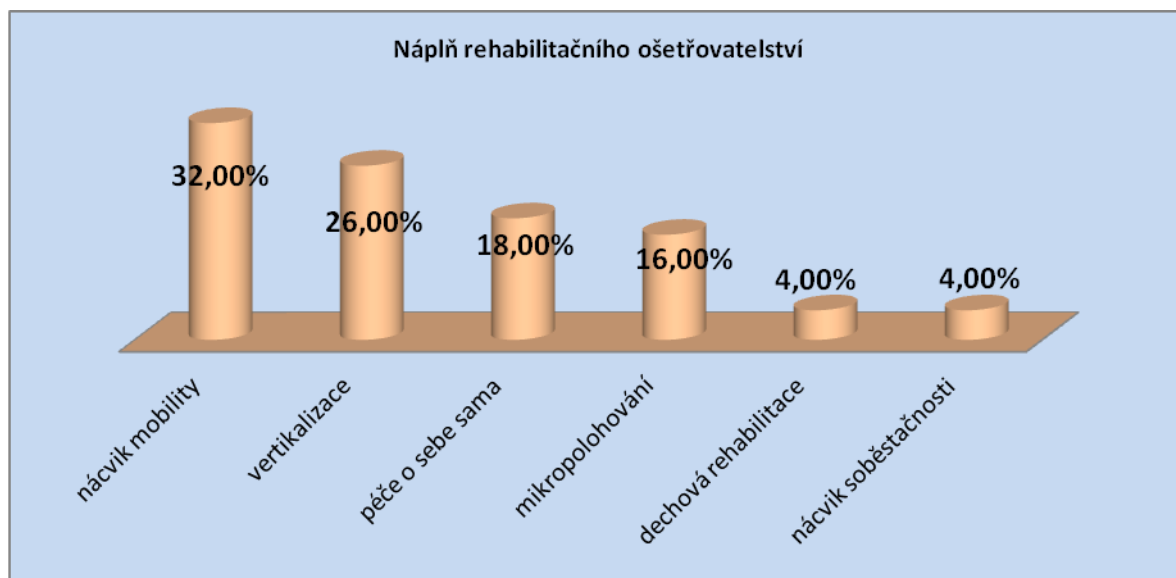
Z celkového počtu 129 (100,00 %) odpovědí na otázku, jak sestry vnímají své vědomosti v rámci rehabilitačního ošetřovatelství a jak si jej doplňují, nejvíce, 33 (26,00 %) respondentů odpovědělo, že si své vědomosti zdokonaluje pomocí četby odborné literatury, 28 (22,00 %) sester navštěvuje odborné semináře pořádané zaměstnavatelem a 24 (19,00 %) sester pro zlepšení svých odborných znalostí z rehabilitačního ošetřování navštěvuje odborné semináře z vlastní iniciativy. 11 (8,00 %) sester uvedlo, že jsou dostatečně informovány o dané problematice, a tudíž se nepotřebují dále vzdělávat a 3 (2,00 %) sestry se domnívají, že nemají dostatečné znalosti v oblasti rehabilitačního ošetřování a zároveň nemají zájem si své znalosti zdokonalovat. Do položky ostatní, na niž odpovědělo 30 (23,00 %) respondentů, patří odpovědi ve smyslu „studuji na vysoké škole“, „vzdělávám se díky spolupráci s fyzioterapeutem nebo s ním mám konzultace“. Viz tabulka a graf č. 6.

Otázka č. 7: Co podle Vás patří do rehabilitačního ošetřovatelství?

Tabulka č. 7: Náplň rehabilitačního ošetřovatelství

| Náplň rehabilitačního ošetřovatelství | Absolutní četnost (n) | Relativní četnost (%) |
|--|------------------------------|------------------------------|
| Nácvik mobility | 66 | 32,00% |
| Vertikalizace | 53 | 26,00% |
| Péče o sebe sama | 37 | 18,00% |
| Mikropolohování | 32 | 16,00% |
| Dechová rehabilitace | 9 | 4,00% |
| Nácvik soběstačnosti | 9 | 4,00% |
| Celkem | 206 | 100,00% |

Graf č. 7: Náplň rehabilitačního ošetřovatelství



Zdroj: Vlastní práce

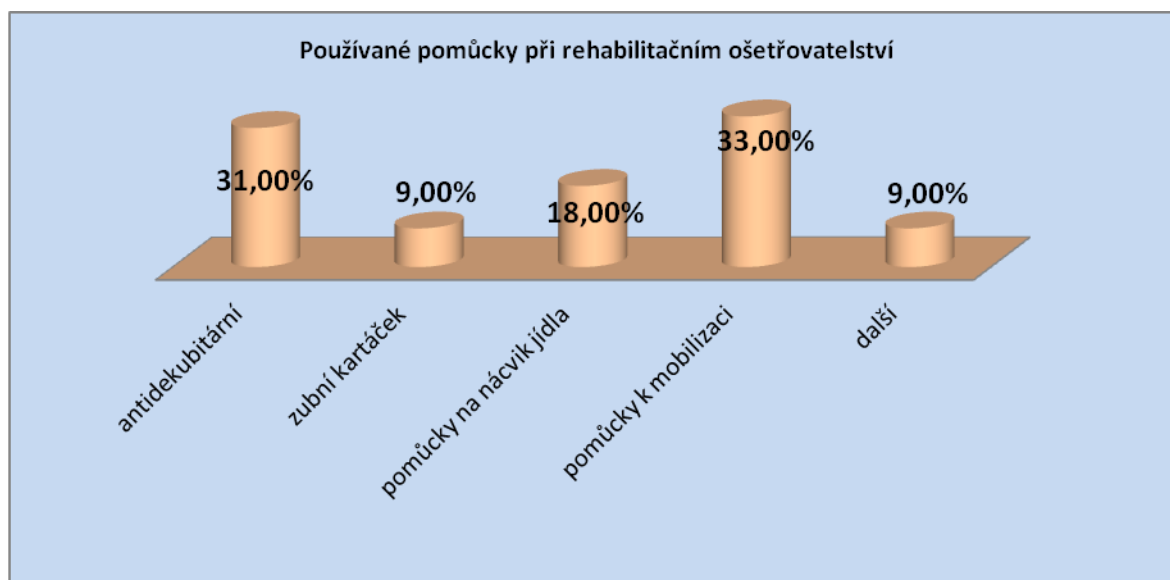
Z celkového počtu 206 (100,00 %) odpovědí na otázku, co vše spadá do rehabilitačního ošetřovatelství, většina sester uvedla nácvik mobility 66 (32,00 %), 53 (26,00 %) vertikalizace, 37 (18,00 %) péče o sebe sama, 32 (16,00 %) mikropoložování, 9 (4,00 %) dechová rehabilitace a 9 (4,00 %) nácvik soběstačnosti. Viz tabulka a graf č. 7.

Otázka č. 8: Co podle Vás patří do rehabilitačního ošetřovatelství?

Tabulka č. 8: Pomůcky využívané v rehabilitačním ošetřovatelství

| Používané pomůcky při RO | Absolutní četnost (n) | Relativní četnost (%) |
|--------------------------|-----------------------|-----------------------|
| Antidekubitární | 36 | 31,00% |
| Zubní kartáček | 10 | 9,00% |
| Pomůcky na nácvik jídla | 21 | 18,00% |
| Pomůcky k mobilizaci | 39 | 33,00% |
| Další | 10 | 9,00% |
| Celkem | 116 | 100,00% |

Graf č. 8: Pomůcky využívané v rehabilitačním ošetřovatelství



Zdroj: Vlastní práce

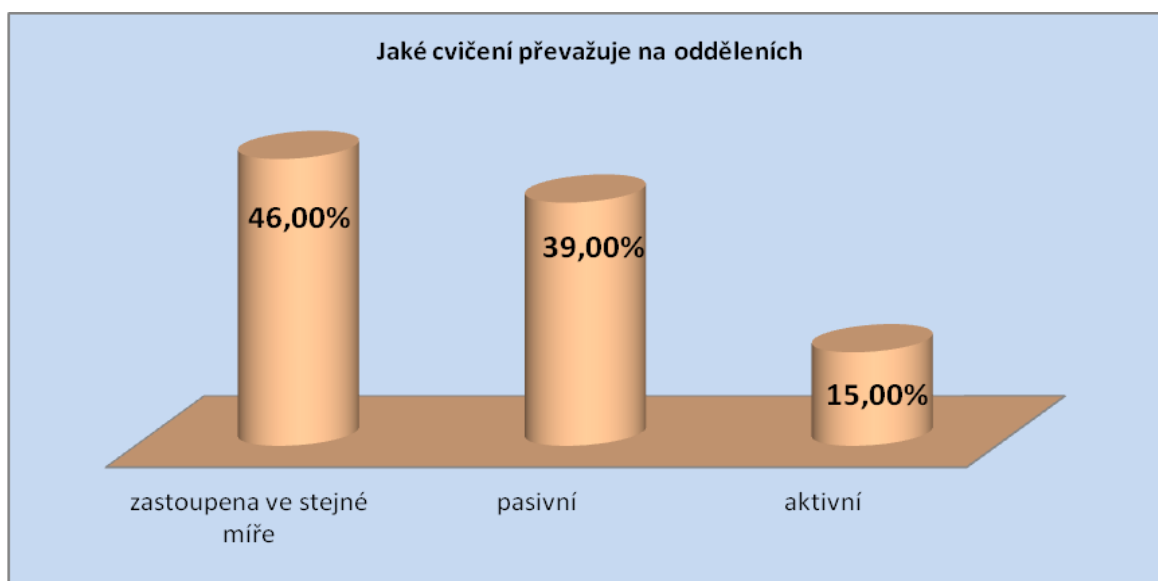
Z celkového počtu 116 (100,00 %) odpovědí na otázku, jaké pomůcky pro práci s pacientem všeobecné sestry využívají v rámci rehabilitačního ošetřovatelství 39 (33,00 %) sester uvedlo pomůcky k mobilizaci, 36 (31,00 %) antidekubitární pomůcky, 21 (18,00 %) pomůcky na nácvik jídla, 10 (9,00 %) jako pomůcka zubní kartáček a 10 (9,00 %) sester uvedlo další pomůcky, které používají při práci s pacientem. Viz tabulka a graf č. 8.

Otázka č. 9: Na Vašem oddělení převažuje v rámci rehabilitačního ošetřovatelství cvičení s pacientem?

Tabulka č. 9: Jaké cvičení převažuje na odděleních

| Cvičení na odděleních | Absolutní četnost (n) | Relativní četnost (%) |
|------------------------------|-----------------------|-----------------------|
| Zastoupena ve stejné míře | 46 | 46,00% |
| Aktivní | 39 | 39,00% |
| Pasivní, pohyby a mobilizace | 15 | 15,00% |
| Celkem | 100 | 100,00% |

Graf č. 9: Jaké cvičení převažuje na odděleních



Zdroj: Vlastní práce

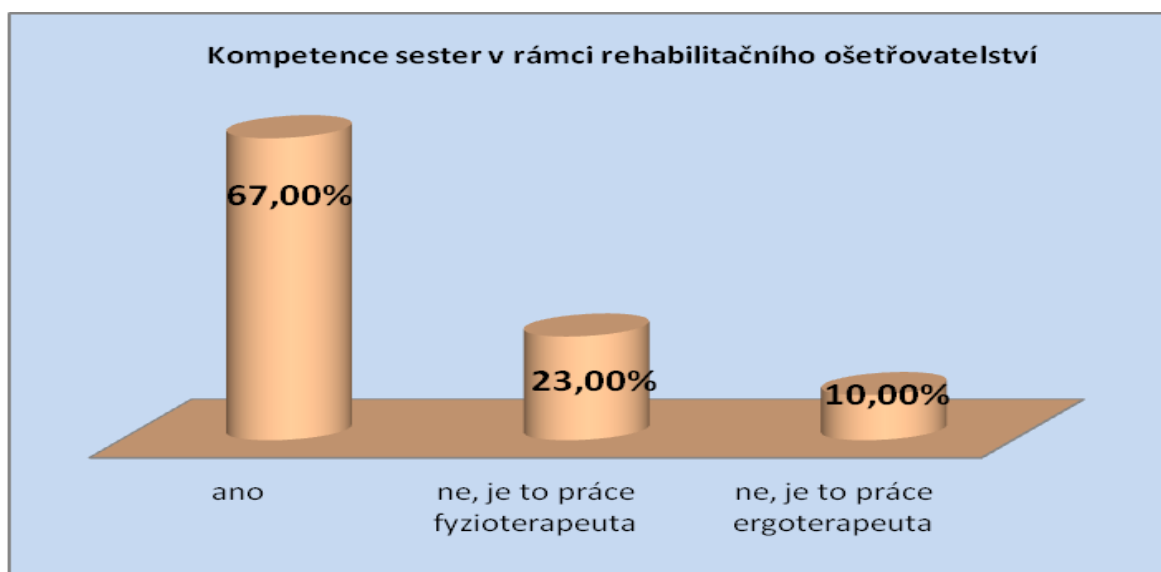
Z celkového počtu 100 (100,00 %) respondentů se vyjádřilo na otázku, jaký typ cvičení převažuje na jejich odděleních 46 (46,00%) uvedlo, že rehabilitace je zastoupena ve stejné míře, což tedy znamená, že je prováděna ve stejné míře rehabilitace pasivní a aktivní. Ovšem 39 (39,00%) respondentů uvedlo, že je zastoupena spíše rehabilitace pasivní a 15 (15,00%) uvedlo, že na jejich oddělení převládá rehabilitace aktivní. Viz tabulka a graf č. 9.

Otázka č. 10: Pomáháte na Vašem oddělení pacientovi s nácvikem sebeobsluhy a základních pohybových dovedností?

Tabulka č. 10: Kompetence sester v rámci rehabilitačního ošetřovatelství

| Kompetence respondentů v RO | Absolutní četnost (n) | Relativní četnost (%) |
|--------------------------------|-----------------------|-----------------------|
| Ano | 67 | 67,00% |
| Ne, je to práce fyzioterapeuta | 23 | 23,00% |
| Ne, je to práce ergoterapeuta | 10 | 10,00% |
| Celkem | 100 | 100,00% |

Graf č. 10 Kompetence sester v rámci rehabilitačního ošetřovatelství



Zdroj: Vlastní práce

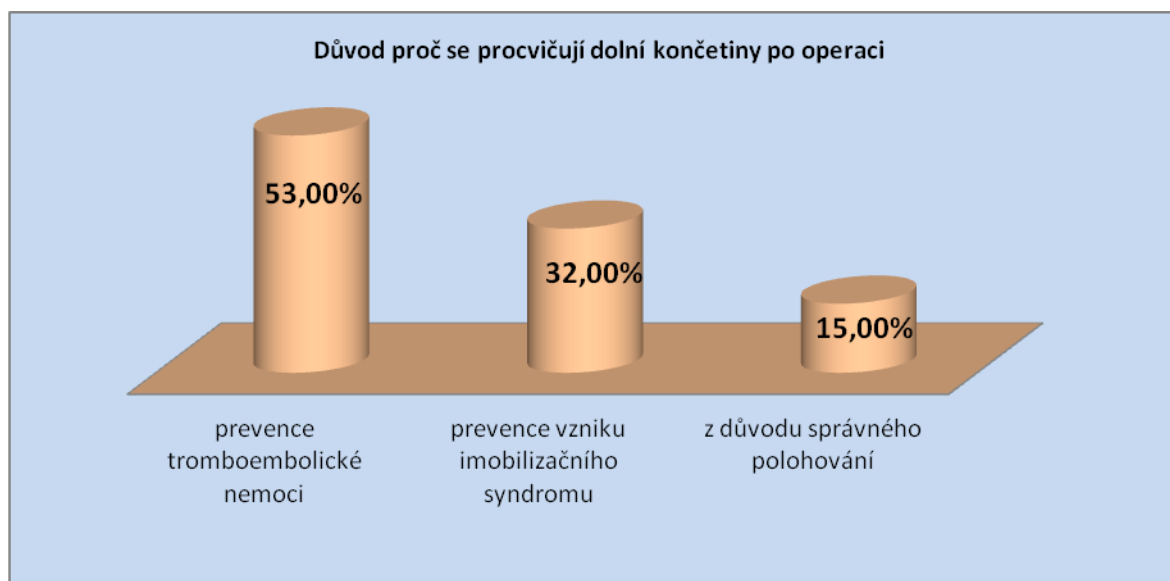
Z celkového počtu respondentů 100 (100,00 %) sestry uvádí, jak vnímají náplň rehabilitačního ošetřovatelství, a tedy i své povinnosti. Převážná většina, tedy 67 (67,00%) všeobecných sester uvedlo, že nácvik sebeobsluhy a základních pohybových dovedností spadá do kompetencí všeobecných sester, a proto pomáhají pacientům. Na druhou stranu 23 (23,00%) uvedlo, že to nespadá do jejich kompetencí a je to práce fyzioterapeuta a 10 (10,00%) se domnívá, že je to práce ergoterapeuta. Viz tabulka a graf č. 10.

Otázka č. 11: Proč se domníváte, že procvičování dolních končetin v prvních hodinách po operaci je pro pacienta důležité?

Tabulka č. 11: Důvod, proč se procvičují dolní končetiny po operaci

| Procvičování dolních končetin - důvod | Absolutní četnost (n) | Relativní četnost (%) |
|---|-----------------------|-----------------------|
| Prevence tromboembolické nemoci | 79 | 53,00% |
| Prevence vzniku imobilizačního syndromu | 48 | 32,00% |
| Z důvodu správného polohování | 23 | 15,00% |
| Celkem | 150 | 100,00% |

Graf č. 11: Důvod, proč se procvičují dolní končetiny po operaci



Zdroj: Vlastní práce

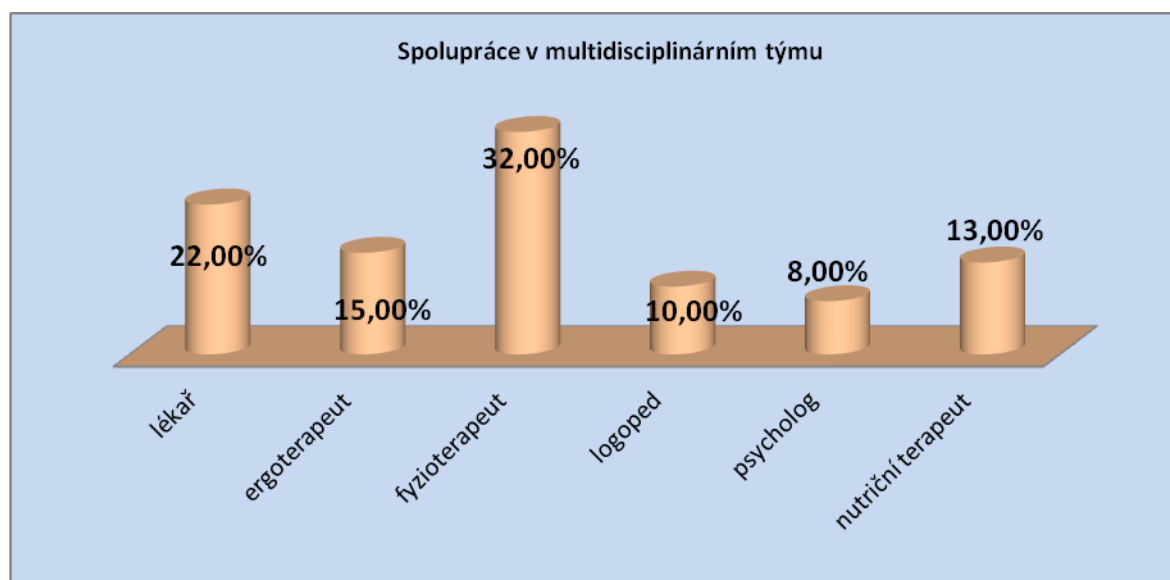
Z celkového počtu 150 (100,00 %) odpovědí na otázku, jak sestry v rehabilitačním ošetřovatelství vnímají procvičování dolních končetin v prvních hodinách po operaci většina, tedy 79 (53,00%) všeobecných sester uvedlo, že jde o prevenci tromboembolické nemoci. O něco méně, 48 (32,00%) respondentů uvedlo, že jde o prevenci vzniku imobilizačního syndromu, a 23 (15,00%) se domnívalo, že je to z důvodu správného polohování. Viz tabulka a graf č. 11.

Otázka č. 12: S kým spolupracujete při poskytování rehabilitačního ošetřovatelství v rámci multidisciplinárního týmu?

Tabulka č. 12: Spolupráce v rámci multidisciplinárního týmu

| Spolupráce v MT | Absolutní četnost (n) | Relativní četnost (%) |
|-------------------|-----------------------|-----------------------|
| Lékař | 31 | 22,00% |
| Ergoterapeut | 21 | 15,00% |
| Fyzioterapeut | 46 | 32,00% |
| Logoped | 14 | 10,00% |
| Psycholog | 11 | 8,00% |
| Nutriční terapeut | 19 | 13,00% |
| Celkem | 142 | 100,00% |

Graf č. 12: Spolupráce v rámci multidisciplinárního týmu



Zdroj: Vlastní práce

Z celkového počtu odpovědí 142 (100,00 %) sestry v rehabilitačním ošetřovatelství vnímají jako účastníka multidisciplinárního týmu fyzioterapeuta, kterého uvedlo největší

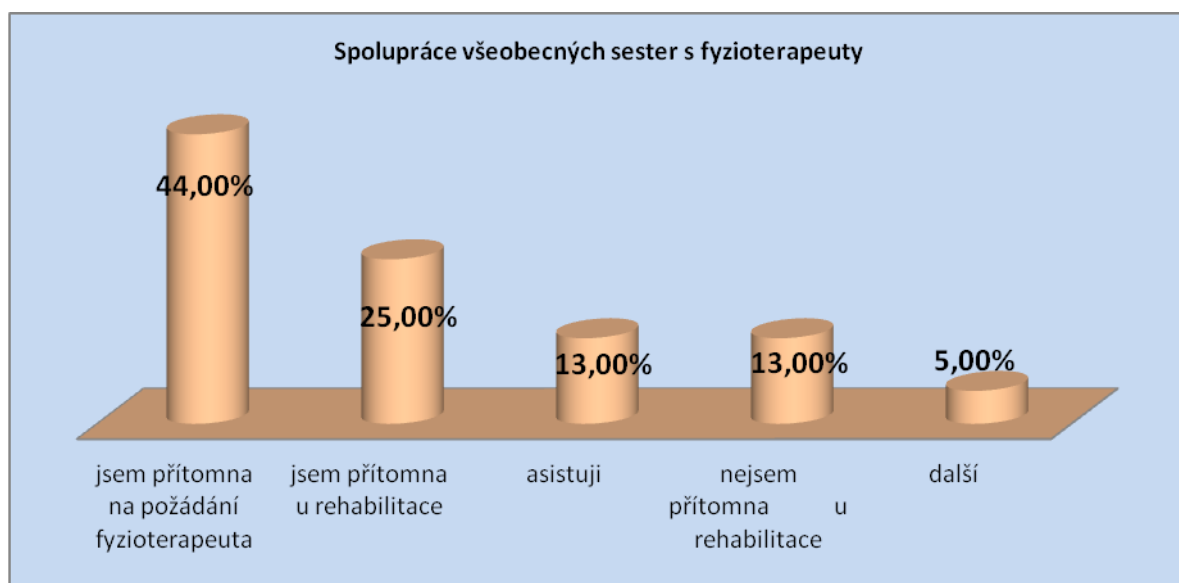
počet sester 70 (32,00 %), dále 48 (22,00 %) sester uvedlo lékaře. Ovšem pouze 34 (15,00%) respondentů se domnívá, že ergoterapeuti jsou součástí týmu. 28 (13,00%) má za to, že nutriční terapeut je také jeho součástí. 23 (10,00%) a 17 (8,00%) respondentů si myslí, že do multidisciplinárního týmu patří logoped či psycholog. Viz tabulka a graf č. 12.

Otázka č. 13: Jak spolupracujete v rámci rehabilitačního ošetřovatelství s fyzioterapeutem.

Tabulka č. 13: Spolupráce všeobecných sester s fyzioterapeuty

| Spolupráce fyzioterapeuta s respondenty | Absolutní četnost (n) | Relativní četnost (%) |
|---|------------------------------|------------------------------|
| Jsem přítomna na požádání fyzioterapeuta | 44 | 44,00% |
| Asistuji | 25 | 25,00% |
| Jsem přítomna u rehabilitace | 13 | 13,00% |
| Nejsem přítomna u rehabilitace | 13 | 13,00% |
| Další | 5 | 5,00% |
| Celkem | 100 | 100,00% |

Graf č. 13: Spolupráce všeobecných sester s fyzioterapeuty



Zdroj: Vlastní práce

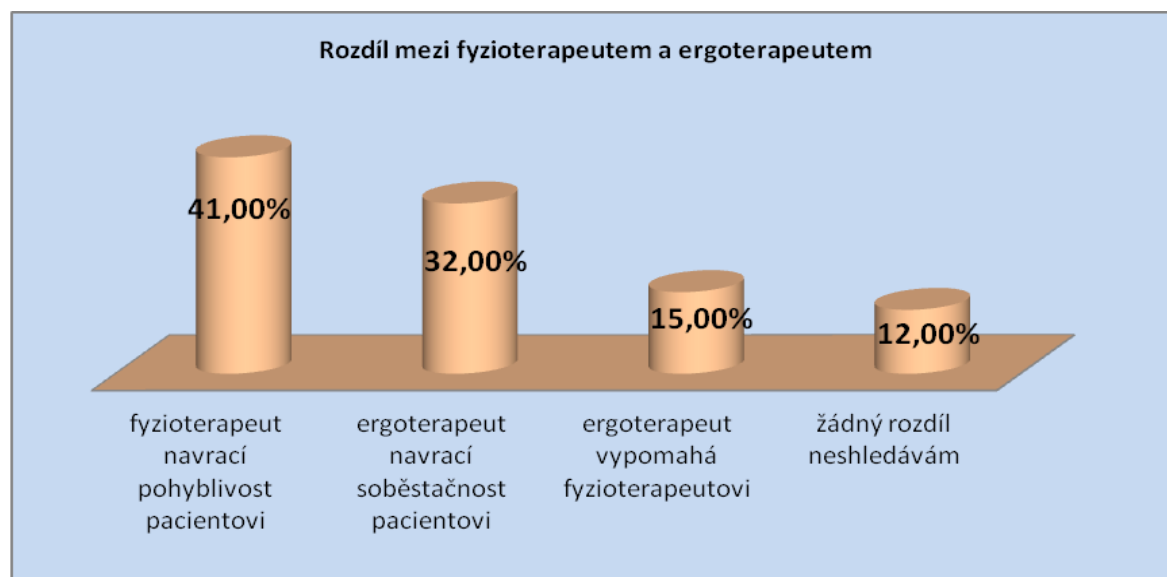
Z celkového počtu 100 (100,00 %) respondentů všeobecné sestry uvádí, jak spolupracují s fyzioterapeuty. 44 (44,00%) uvedlo, že jsou přítomny u rehabilitace pouze na požádání fyzioterapeuta. 25 (25,00%) respondentů je přítomno u rehabilitace bez požádání a z vlastní iniciativy 13 (13,00%) pouze asistuje. 13 (13,00%) uvedlo, že u rehabilitace přítomny nejsou a 5 (5,00%) rehabilitaci provádí pod dohledem fyzioterapeuta, nebo pracují jako týma rehabilitaci přizpůsobují individuálně potřebám klienta. Viz tabulka a graf č. 13.

Otázka č. 14: Jaký rozdíl vnímáte mezi fyzioterapeutem a ergoterapeutem?

Tabulka č. 14: Rozdíl mezi fyzioterapeutem a ergoterapeutem

| Rozdíl mezi fyzioterapeutem a ergoterapeutem | Absolutní četnost (n) | Relativní četnost (%) |
|--|-----------------------|-----------------------|
| Fyzioterapeut navrácí pohyblivost pacientovi | 61 | 41,00% |
| Ergoterapeut pomáhá navrátit soběstačnost | 48 | 32,00% |
| Ergoterapeut vypomáhá fyzioterapeutovi | 23 | 15,00% |
| Žádný rozdíl neshledávám | 18 | 12,00% |
| Celkem | 150 | 100,00% |

Graf č. 14. Rozdíl mezi fyzioterapeutem a ergoterapeutem



Zdroj: Vlastní práce

Z celkového počtu 150 (100,00 %) odpovědí na otázku, jak všeobecné sestry v rehabilitačním ošetřovatelství vnímají roli fyzioterapeuta a ergoterapeuta v rámci rehabilitace a jejich činností 61 (41,00%) a 48 (32,00%) správně uvedlo, že fyzioterapeut navrácí pohyblivost a ergoterapeut pomáhá navrátit soběstačnost pacientovi.

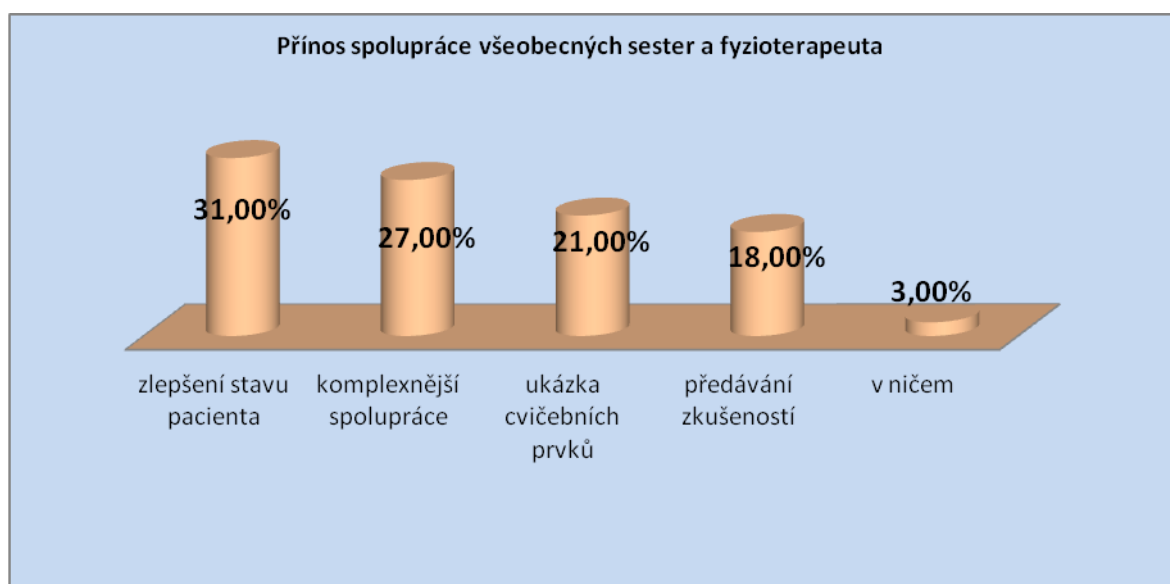
Ovšem 23 (15,00%) uvedlo, že ergoterapeut vypomáhá fyzioterapeutovi a 18 (12,00%) žádný rozdíl mezi těmito obory neshledává. Viz tabulka a graf č. 14.

Otázka č. 15: Jak je spolupráce mezi sestrou a fyzioterapeutem přínosná v rámci rehabilitačního ošetřovatelství?

Tabulka č. 15: Přínos spolupráce všeobecné sestry a fyzioterapeuta

| Přínos spolupráce sestry a fyzioterapeuta | Absolutní četnost (n) | Relativní četnost (%) |
|---|-----------------------|-----------------------|
| Ukázka cvičebních prvků | 44 | 21,00% |
| Předávání zkušeností | 38 | 18,00% |
| Komplexnější spolupráce | 57 | 27,00% |
| Vede ke zlepšení stavu pacienta | 65 | 31,00% |
| Další | 5 | 3,00% |
| Celkem | 209 | 100,00% |

Graf č. 15: Přínos spolupráce všeobecné sestry a fyzioterapeuta



Zdroj: Vlastní práce

Z celkového počtu 209 (100,00 %) odpovědí na otázku, jak sestry vnímají přínos spolupráce s fyzioterapeutem v rámci rehabilitačního ošetřovatelství se 65 (31,00%) všeobecných sester domnívá, že to vede ke zlepšení stavu pacienta, 57 (27,00%) má za to, že jde o komplexnější spolupráci, 44 (21,00%) si myslí, že může vést k ukázce cvičebních cviků a 38 (18,00%) k předávání zkušeností. Pouze 5 (3,00%) sester je přesvědčeno, že spolupráce mezi všeobecnou sestrou a fyzioterapeutem nemá přínos v ničem. Viz tabulka a graf č. 15.

7 DISKUZE

Ve své práci se zabývám zjišťováním úrovně povědomí všeobecných sester v rámci rehabilitačního ošetrovatelství. Na toto téma již bylo zpracováno několik prací, a proto jsem se ho snažila pojmout poněkud ze širší perspektivy. V teoretické části jsem pomocí odborné literatury zpracovala definice rehabilitačního ošetrovatelství a pojmy s ním spojené. Věnovala jsem také určitou pozornost vzdělávání všeobecných sester a jejich kompetencím v rámci rehabilitačního ošetrovatelství, neboť podle mého názoru je v praxi v rámci rehabilitace poněkud zmatek. Spousta všeobecných sester neví, co spadá do jejich kompetencí, a také neví, jak správně rehabilitovat s pacienty.

Při své praxi jsem byla několikrát svědkem špatné techniky polohování pacienta, která má dopad na jeho fyzické i psychické zdraví. K fyzickému poškození pacienta může dojít například nešetrným držením pacienta v podpaží, kdy pacient může následně trpět bolestmi. Nedá se říci, že nedostatek času sester má za vinu používání špatné techniky při polohování. Z mého pohledu je hlavní příčina především v nedostatku sester a v nedostatku vědomostí zdravotníků v oblasti polohování. Starší sestry nemají potřebu se sebevzdělávat v polohování a mladší ročníky neumí své poznatky uplatnit v praxi.

Proto mým hlavním cílem bylo zjistit, jaké mají všeobecné sestry povědomí o rehabilitačním ošetrovatelství a zda spolupracují v rámci multidisciplinárního týmu.

Dílčí cíl č. 1 byl zaměřen zjištění, co vše všeobecné sestry vnímají, jako rehabilitační ošetrovatelství.

Dílčí cíl č. 2 zjišťoval, zda všeobecné sestry rehabilitují s pacienty.

Dílčí cíl č. 3 se zabíral, zda je multidisciplinární tým využíván v praxi.

K výzkumu byla použita kvantitativní metoda, kde technikou sběru dat byl anonymního internetový dotazník. Dotazník byl určen pro všeobecné sestry a byl vyvěšen na mediální síti Facebook, kde byl vložen do skupiny pro „Nelékařská povolání“. Dále jsem dotazník nechala vyplnit všeobecným sestrám na svých odborných praxích a požádala je, zda by mi dotazník nevyplnily i jejich kolegyně z práce.

Bohužel při volbě tohoto sběru dat nedokážu říci, kolik všeobecných sester odmítlo můj dotazník vyplnit.

Otázky 1 - 3 sloužily k získání identifikačních údajů o respondentech. Největší zastoupení sester, 49,00%, bylo z interního oddělení, 26,00% oslovených sester bylo z chirurgického oddělení a 25,00% sester pracovalo na jednotkách intenzivní péče. Nejvyšší počet dotazovaných sester, 40,00% uvedlo jako nejvyšší dosažené vzdělání

střední školu s maturitou, vysokou školu absolvovalo 37,00% a zbývajících 23,00% respondentů absolvovalo vyšší odbornou školu či pomaturitní specializační studium. 43,00% dotazovaných sester pracovalo ve zdravotnictví více jak 10 let, 37,00% respondentů je v praxi 0-5 let a 20,00% je v praxi 5 až 10 let.

Otázky 4-11 se zabývají odbornou znalostí všeobecných sester v rámci rehabilitačního ošetrovatelství. A měly odpovědět na předem daný dílčí cíl č. 1. Velkým překvapením bylo zjištění, že pouhých 44,00 % považuje své znalosti v rámci rehabilitačního ošetrovatelství jako dostačující. A víc než polovina, tedy 56,00%, je shledává za nedostatečné, nebo nedokáže posoudit a neví. Tento výsledek je však poněkud v rozporu s otázkou č. 6, kde 90,00% respondentů uvedlo, že se v rehabilitačním ošetrovatelství vzdělává, ať už z vlastní iniciativy nebo v rámci seminářů od zaměstnavatele či v rámci studia na vysokých školách. V otázce č. 10 uvedlo 67,00% respondentů, že rehabilitační ošetrovatelství spadá do kompetencí sester.

Převážná většina respondentů (80,00%) myslí, že rehabilitační ošetrovatelství je součástí pracovní náplně všeobecných sester, i když podle otázky č. 7, už si jen 4,00% respondentů myslí, že do rehabilitačního ošetrovatelství patří dechová gymnastika či nácvik soběstačnosti. Otázka č. 11 byla brána jako otázka kontrolní, která měla ověřit znalosti sester. Kde 85,00% odpovědělo správně, avšak k této otázce bylo možné zatrhnout více odpovědí, takže se nedá říci, kolik sester odpovědělo skutečně správně.

Otázky č. 12-15 se zabíraly multidisciplinárním týmem. Převážná většina ví, kdo patří do multidisciplinárního týmu, nějakým způsobem asistují u rehabilitací a znají rozdíl mezi fyzioterapeutem a egoterapeutem. V tomto bodě se můj výzkum značně odlišuje od literatury, neboť Vévoda (2013) ve své knize uvádí, že vztahy v rámci multidisciplinárního týmu v České republice by mohly být na lepší úrovni.

Většina autorů se shoduje, že rehabilitační ošetrovatelství v praxi je poněkud problém. Například Burda (2015) se ve své knize zmiňuje, že zdravotníci málo používají polohovací pomůcky u imobilních pacientů. Zítková (2007) uvádí, že fyzioterapeuté jsou nuceni suplovat rehabilitační ošetrovatelství a na odbornou péči jim už nezbývá čas. Za což by podle Beňadikové s Rapčíkovou (2009) mohl nedostatek sester, které se musí v péči o jednoho pacienta střídat. Ošetřující personál sice ví, co je pro pacienta nejlepší, ale nezbývá jim již čas na realizaci. A na to navazuje problematika v rámci multidisciplinárního týmu. Jak jsem již popisovala v kapitole 3, spolupráce v rámci multidisciplinárního týmu je v současné době značně omezena. Zdravotníci mezi sebou mohou pociťovat určitou rivalitu a nebo nemusí uznávat ostatní pracovníky týmu jako sobě

rovné. Beňadoková a Rapčíkovou (2009) říkají, že odpovědnosti zdravotníků se překrývají, v důsledku čehož není často jasné, kde přesně či zodpovědnost končí. Všeobecné sestry někdy v případě záchrany života přebírají kompetence lékaře a zároveň na nočních směnách suplují práci nižšího zdravotnického personálu.

Díky dotazníkovému šetření se ukázalo, že všeobecné sestry znají rehabilitační ošetřovatelství, samy se vzdělávají a spolupracují i v rámci multidisciplinárního týmu. Na druhou stranu je tu otázka, zda se tomuto průzkumu dá věřit. Všeobecné sestry si mohly odpovědi pouze tipnout, anebo mohly vyplňovat dotazníky společně. U vyplňování dotazníku jsem nebyla přítomna a vzhledem k tomu, že jsem nemohla dohlédnout na korektnost vyplňování, nemohu potvrdit, že tento výsledek je pravdivý.

Doporučení pro praxi

Výsledky mé bakalářské práce budou poskytnuty k nahlédnutí na mediální síti Facebook ve skupině pro „Nelékařské obory“.

Z údajů od respondentů vyplývá, že všeobecné sestry mají dostačující znalosti o rehabilitačním ošetřovatelství, avšak praxe tomu moc neodpovídá. Je proto velmi důležité zlepšit informovanost zdravotníků v tak důležitém oboru. Z toho důvodu jsem se rozhodla zhotovit plánec, který by měl ulehčit zdravotníkům orientaci v polohování pacientů. Budou v něm v bodech zaneseny postupy, jak by se pacient měl správně polohovat. Tento edukační manuál budu šířit po nemocnicích za pomoci známých a mediálních sítí.

8 ZÁVĚR

Hlavním cílem této práce bylo zjistit, jaké mají všeobecné sestry povědomí o rehabilitačním ošetřovatelství a zda spolupracují v rámci multidisciplinárního týmu. Rehabilitační ošetřovatelství je podstatnou součástí každodenní péče o pacienta, kterou mají všeobecné sestry provádět v rámci svých kompetencí. Proto, aby byla ošetřovatelská péče co nejefektivnější, potřebují mít všeobecné sestry znalosti o rehabilitačním ošetřovatelství, a to jak teoretické, tak i praktické.

Základní teoretické znalosti by měla každá sestra mít již ze svého studia a později si své vědomosti doplňovat v rámci sebevzdělání či seminářů od zaměstnavatele. Praktické znalosti si sestra osvojuje v průběhu praxe a spolupráce s fyzioterapeuty. Povědomí všeobecných sester o rehabilitačním ošetřovatelství by nemělo být založeno pouze na polohování, měly by také znát dechové cvičení, principy vertikalizace apod. Hlavní cíl byl splněn neboť 80,00% sester ví, že rehabilitační ošetřovatelství spadá do jejich kompetencí, 67,00% si z vlastní iniciativy či z iniciativy zaměstnavatele doplňuje informace v tomto směru a 87,00% asistuje anebo je přítomna u rehabilitace s fyzioterapeutem.

Prvním dílčím cílem bylo zjistit, co všeobecné sestry vnímají jako rehabilitační ošetřovatelství. Všeobecné sestry prokázaly, že znají základní náplň (návlek mobility, vertikalizace) rehabilitačního ošetřovatelství, ale méně používají specifitější rehabilitaci, neboť pouhých 18,00% respondentů vykazalo, že do rehabilitačního ošetřovatelství patří i mikropolohování či dechová rehabilitace. Dílčí cíl č. 1 byl splněn.

Dílčím cílem č. 2 bylo zjistit, zda všeobecné sestry rehabilitují s pacienty. Průzkumné šetření ukázalo, že všeobecné sestry napomáhají pacientovi s návleky sebeobsluhy a základních pohybových dovedností a pouhých 37,00% sester se domnívá, že tato činnost spadá do kompetencí ergoterapeutů a fyzioterapeuta. Šetření také poukázalo na to, že rehabilitace aktivní a pasivní je zastoupená ve stejné míře. Dílčí cíl č. 2 byl splněn.

Posledním dílčím cílem mé práce bylo zjistit, zda je multidisciplinární tým využíván v praxi. Z mého průzkumu je zřejmé, že respondenti spolupracují s ostatními členy multidisciplinárního týmu, kdy nejvíce spolupracují s lékařem a fyzioterapeutem. To, že respondenti nespolupracují v rámci multidisciplinárního týmu s ostatními členy, může být zapříčiněno jejich specializací, která nemusí být vyžadována na všech odděleních.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. Beňadiková, D., Rapčíková, T., Sestra jako poskytovatelka ošetrovatelské péče a její postavení ve zdravotnickém týmu. Sestra. 2009, číslo 12. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/sestra-jako-poskytovatelka-oseetrovatelske-pece-a-jeji-postaveni-ve-zdravotnickem-tymu-448617>
2. Burda, P., & Šolcová, L. (2015-). Ošetrovatelská péče: pro obor ošetrovatel (1. vydání). Praha: GradaPublishing.
3. Bužgová, R., & Plevová, I. (2011). Ošetrovatelství I (1. vydání). Praha: Grada.
4. Carpini, J. A., Flemming, A. F. S., & Parker, S. K. (2015). Multidisciplinary team briefings: a way forward [Online]. *DaySurgeryAustralia*, 14(2), 12-14. Dostupné z <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&an=111942764&scope=site>
5. Clarke, D. J. (2014). Nursingpractice in strokerehabilitation: systematicreview and meta-ethnography [Online]. *JournalOfClinical Nursing*, 23(9/10), 1201-1226. <http://doi.org/10.1111/jocn.12334>
6. Česko, zákon č. 96 ze dne 4. 2. 2004. Zákon o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (Zákon o nelékařských zdravotnických povoláních). In: Sbírka zákonů České republiky, 2004 [online]. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-96>
7. Česko, zákon č. 105 ze dne 25. 3. 2011. Zákon o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (Zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), ve znění pozdějších předpisů, a zákon č. 634/2004 Sb., o správních poplatcích, ve znění pozdějších předpisů. In: Sbírka zákonů České republiky, 2011. Dostupné z : file:///C:/Users/Doma/Downloads/105_2011_Sb.pdf
8. Česko, vyhláška č.55/2011 ze dne 14. března 2011, o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. In: Sbírka zákonů České republiky [online]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/dokumenty/informace-k-vyhlasce-c-sb-kterou-se-stanovi-cinnosti-zdravotnickych-pracovniku-a-jinych-odbornych-pracovniku-ve-zneni-vyhlaske-c-sb_4763_3120_3.html

9. Česko, vyhláška č.39/2005 ze dne 11. ledna 2005, o stanovení minimálních požadavků na studijní programy k získání odborné způsobilosti k výkonu nelékařského zdravotnického povolání. In: Sbírka zákonů České republiky [online]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2005-39>
10. Friedlová, K. (2007). Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči: praktická příručka pro pracující v sociálních službách, dlouhodobé péči a ve speciálních školách (1. vydání). Praha: Grada.
11. Haladová, E. (2007). Léčebná tělesná výchova: cvičení (3. vydání, nezměněno). Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů.
12. Jirků, H., Multidisciplinární ošetrovatelská péče o pacienty na spinální jednotce. Multidisciplinární péče [online]. 2006 [cit. 2016-0126]. Dostupné z: http://www.ieducare.com/soubory/File/mpece/mp_rocnik_1_cislo_3_2006.pdf
13. Kalisch, B. J. & Kyung H. L. (2010). The impact of teamwork on missed nursing care. [online]. *Nursing Outlook*, **58**(5), 233-241 Dostupné z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0029655410002666>
14. Kapounová, G. (2007). Ošetrovatelství v intenzivní péči (1. vydání). Praha: Grada.
15. Kolajová, L. (2006). Týmová spolupráce: jak efektivně vést tým pro dosažení nejlepších výsledků (1. vydání). Praha: Grada.
16. Kolář, P. (2009). Rehabilitace v klinické praxi (1. vydání). Praha: Galén.
17. Kristiníková, J. (2006). Rehabilitace v ošetrovatelství (1. vydání). Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Zdravotně sociální fakulta.
18. Kubota, S., Endo, Y., Kubota, M., Ishizuka, Y., & Furudate, T. (2015). Effects of trunk posture in Fowler's position on hemodynamics [Online]. *Autonomic Neuroscience: Basic*, *189*, 56-59.
<http://doi.org/10.1016/j.autneu.2015.01.002>
19. Marková, E., Venglářová, M., & Babiaková, M. (2006). Psychiatrická ošetrovatelská péče. Praha: Grada.
20. Ministerstvo zdravotnictví, věstník č. 9, rok 2004 [online]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/dokumenty/vestnik_1881_1038_3.html

21. NationalPressureUlcerAdvisory Panel, EuropeanPressureUlcerAdvisory Panel and Pan PacificPressureInjuryAlliance. Prevention and TreatmentofPressureUlcers: Quick Reference Guide. Emily Haesler (Ed.). Cambridge Media: Osborne Park, Western Australia; 2014.
22. Raudenská, J., & Javůrková, A. (2011). Lékařská psychologie ve zdravotnictví: praktická příručka pro pracující v sociálních službách, dlouhodobé péči a ve speciálních školách (1. vydání). Praha: Grada.
23. Rozsypalová, M., Šafránková, A., & Vytejšková, R. (2009). Ošetrovatelství I: pro 1. ročník středních zdravotnických škol (2., aktualiz. vydání). Praha: Informatorium.
24. Rozsypalová, M. (2010). Ošetrovatelství II: pro 2. ročník středních zdravotnických škol (2., aktualiz. vydání). Praha: Informatorium.
25. Véle, F. (2006). Kineziologie: přehled klinické kineziologie a patokineziologie pro diagnostiku a terapii poruch pohybové soustavy (2. vydání), (V Tritonu 1.). Praha: Triton.
26. Vévoda, J. (2013). Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví (1. vydání). Praha: Grada.
27. Vincent-Onabajo, G. O., Mustapha, A., & Oyeyemi, A. Y. (2014). Medical students' awareness of the role of physiotherapists in multidisciplinary healthcare [Online]. *Physiotherapy Theory*, 30(5), 338-344.
<http://doi.org/10.3109/09593985.2013.871765>
28. Vytejšková, R. (2011). Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné I: obecná část (1. vydání). Praha: Grada.
29. Workman, B. A., & Bennett, C. L. (2006). Klíčové dovednosti sester (1. vydání české). Praha: Grada.
30. Zítková, L.; Smílková, M.; Drahorádová, N., Význam rehabilitace v komplexní péči o pacienta. Sestra. 2007, číslo 12. ISSN 1210-0404. Dostupný také z WWW: <http://www.zdn.cz/clanek/sestra/vyznam-rehabilitace-a-fyzioterapie-v-komplexni-peci-o-pacienta-334462>

SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1 – Typ oddělení, kde respondenti pracují

Tabulka č. 2 – Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů

Tabulka č. 3 – Délka praxe ve zdravotnictví

Tabulka č. 4 – Sebehodnocení vědomostí všeobecných sester v rámci rehabilitačního ošetřovatelství

Tabulka č. 5 – Rehabilitační ošetřovatelství v náplni sester

Tabulka č. 6 – Vědomosti o rehabilitačním ošetřovatelství

Tabulka č. 7 – Náplň rehabilitačního ošetřovatelství

Tabulka č. 8 - Pomůcky využívané v rehabilitačním ošetřovatelství

Tabulka č. 9 – Jaké cvičení převažuje na odděleních

Tabulka č. 10 – Kompetence sester v rámci rehabilitačního ošetřovatelství

Tabulka č. 11 -. Důvod, proč se procvičují dolní končetiny

Tabulka č. 12 – Spolupráce v rámci multidisciplinárního týmu

Tabulka č. 13 – Spolupráce všeobecných sester s fyzioterapeuty

Tabulka č. 14 – Rozdíl mezi fyzioterapeutem a ergoterapeutem

Tabulka č. 15 – Přínos spolupráce všeobecné sestry a fyzioterapeuta

SEZNAM GRAFŮ

Graf č. 1 – Typ oddělení, kde respondenti pracují

Graf č. 2 – Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů

Graf č. 3 – Délka praxe ve zdravotnictví

Graf č. 4 – Sebehodnocení vědomostí všeobecných sester v rámci rehabilitačního ošetrovatelství

Graf č. 5 – Rehabilitační ošetrovatelství v náplni sester

Graf č. 6 – Vědomosti o rehabilitačním ošetrovatelství

Graf č. 7 – Náplň rehabilitačního ošetrovatelství

Graf č. 8 - Pomůcky využívané v rehabilitačním ošetrovatelství

Graf č. 9 – Jaké cvičení převažuje na odděleních

Graf č. 10 – Kompetence sester v rámci rehabilitačního ošetrovatelství

Graf č. 11 -. Důvod, proč se procvičují dolní končetiny

Graf č. 12 – Spolupráce v rámci multidisciplinárního týmu

Graf č. 13 – Spolupráce všeobecných sester s fyzioterapeuty

Graf č. 14 – Rozdíl mezi fyzioterapeutem a ergoterapeutem

Graf č. 15 – Přínos spolupráce všeobecné sestry a fyzioterapeuta

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

Apod. - a podobně

CNS – centrální nervová soustava

DK – dolní končetina

EPUAP – European pressure ulcers advisory panel

HK - horní končetina

JIP – jednotka intenzivní péče

SZŠ – střední zdravotnická škola

VOŠ – vyšší odborná škola

VŠ – vysoká škola

PŘÍLOHA 1

Dobrý den, vážený/vážená všeobecná sestro,

jmenuji se Michaela Procházková a jsem studentkou 3. ročníku bakalářského studia na 1. LF UK oboru Všeobecná sestra. Chtěla bych Vás poprosit o spolupráci s vyplněním dotazníku, který je zaměřen na roli sester v rehabilitačním ošetřovatelství.

Dotazník je anonymní a dobrovolný. Na otázky, prosím, odpovídejte zaškrtnutím pouze jedné odpovědi, která nejlépe odpovídá Vašemu názoru (pokud není uvedeno jinak).

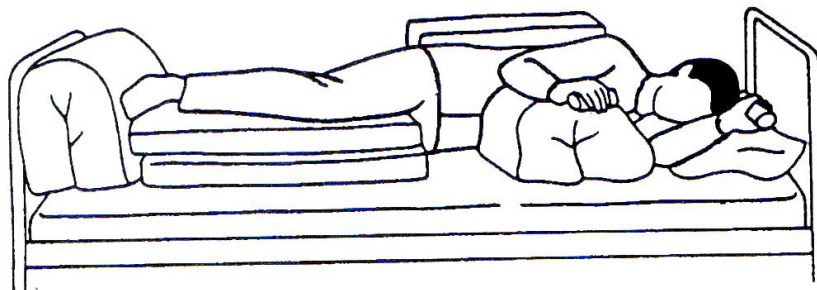
Děkuji za Vaši spolupráci.

- 1) Na jakém oddělení pracujete?
 - a) Standardní odd. interního zaměření
 - b) Standardní odd. chirurgického zaměření
 - c) JIP
- 2) Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
 - a) SZŠ
 - b) VOŠ
 - c) VŠ
 - d) PSS (pomaturitní studium/ specializace)
- 3) Jak dlouho pracujete jako sestra ve zdravotnictví?
 - a) 0 - 5 let
 - b) 5 - 10 let
 - c) 10 a více
- 4) Domníváte se, že Vaše teoretické vědomosti o rehabilitačním ošetřovatelství jsou dostačující při Vámi poskytované péči?
 - a) Ano
 - b) Ne
 - c) Nevím
- 5) Je podle Vás rehabilitační ošetřovatelství součástí pracovní náplně sester?
 - a) Ano
 - b) Ne
 - c) Nevím

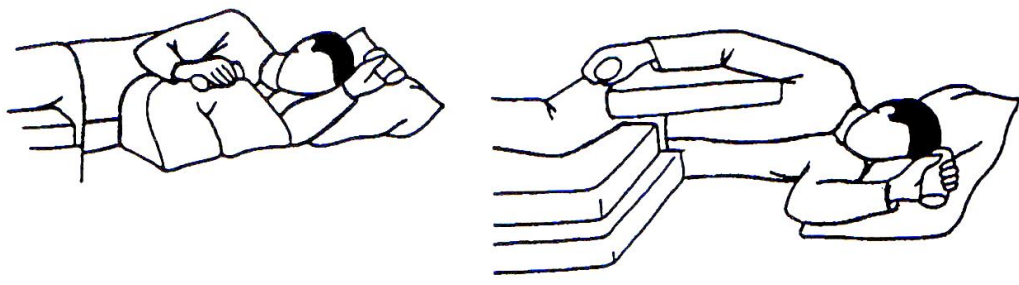
- 6) Jakým způsobem si rozšiřujete vědomosti o rehabilitačním ošetřovatelství?
- a) Četbou odborné literatury
 - b) Návštěvou odborných seminářů z vlastní iniciativy
 - c) Návštěva odborných seminářů organizovaných zaměstnavatelem
 - d) Jsem dostatečně informován(a), další informace nepotřebuji
 - e) Nejsem dostatečně informován(a) a nestojím o rozšíření svých vědomostí
 - f) Jiné.....
- 7) Co podle Vás patří do rehabilitačního ošetřovatelství? (Můžete označit více odpovědí)
- a) Nácvik mobilizace
 - b) Mikropolohování
 - c) Vertikalizace
 - d) Péče o sebe sama
 - e) Jiné.....
- 8) Jaké pomůcky používáte při rehabilitačním ošetřovatelství?
- a) Antidekubitární
 - b) Zubní kartáček
 - c) Pomůcky na nácvik jídla
 - d) Pomůcky k mobilizaci
 - e) Jiné.....
- 9) Na Vašem oddělení převažuje v rámci rehabilitačního ošetřovatelství cvičení s pacientem:
- a) Aktivní
 - b) Pasivní - pohyby a mobilizace
 - c) Zastoupené ve stejné míře
- 10) Pomáháte na Vašem oddělení pacientovi s nácvikem sebeobsluhy a základních pohybových dovedností?
- a) Ano
 - b) Ne - je to práce fyzioterapeuta
 - c) Ne - je to práce ergoterapeuta
- 11) Proč se domníváte, že procvičování dolních končetin v prvních hodinách po operaci je pro pacienta důležité? (Můžete označit více odpovědí)
- a) Prevence tromboembolické nemoci
 - b) Prevence vzniku imobilizačního syndromu
 - c) Z důvodu správného polohování

- 12) S kým spolupracujete při poskytování rehabilitačního ošetřovatelství v rámci rehabilitačního ošetřovatelství? (Můžete označit více odpovědí)
- a) Lékař
 - b) Ergoterapeut
 - c) Fyzioterapeut
 - d) Logoped
 - e) Psycholog
 - f) Nutriční terapeut
- 13) Jak spolupracujete v rámci rehabilitačního ošetřovatelství s fyzioterapeutem?
- a) Asistuji
 - b) Jsem přítomna u rehabilitace
 - c) Nejsem přítomna u rehabilitace
 - d) Jsem přítomna pouze na požádání fyzioterapeuta
 - d) Jiné.....
- 14) Jaký rozdíl vnímáte mezi fyzioterapeutem a ergoterapeutem? (Můžete označit více odpovědí)
- a) Fyzioterapeut navrácí pohyblivost pacientovi
 - b) Ergoterapeut pomáhá navrátit soběstačnost pacientovi
 - c) Ergoterapeut vypomáhá fyzioterapeutovi
 - d) Žádný rozdíl neshledávám
- 15) Jak je spolupráce mezi sestrou a fyzioterapeutem přínosná v rámci rehabilitačního ošetřovatelství?
- a) Ukázka cvičebních prvků
 - b) Předávání zkušeností
 - c) Komplexnější spolupráce
 - d) Vede ke zlepšení stavu pacienta
 - e) V ničem

PŘÍLOHA 2

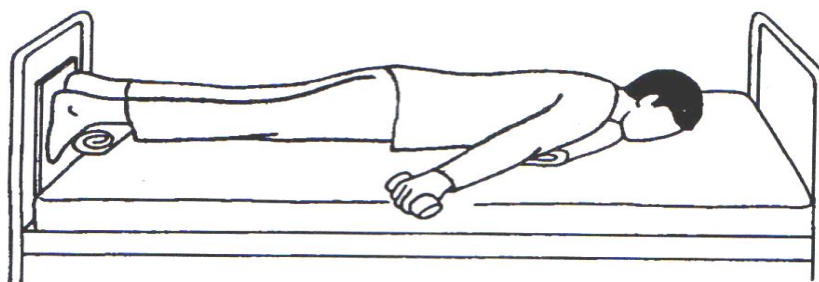


nemocný v poloze na boku



Zdroj: Rozsypalová, M. (2010). Ošetřovatelství II: pro 2. ročník středních zdravotnických škol (2., aktualiz. vydání). Praha: Informatorium.

PŘÍLOHA 3

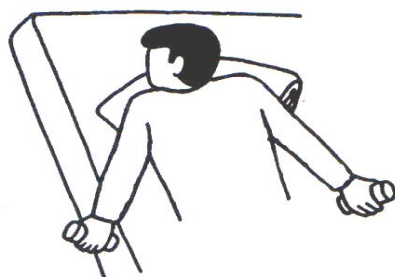


nemocný v poloze na břiše

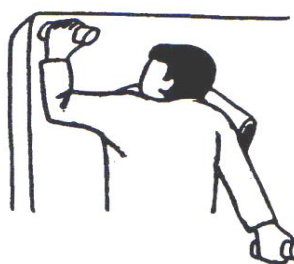
polohování horních končetin



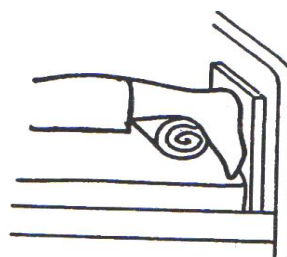
v rotaci s pokrčenými lokty



v zevní rotaci s nataženými lokty



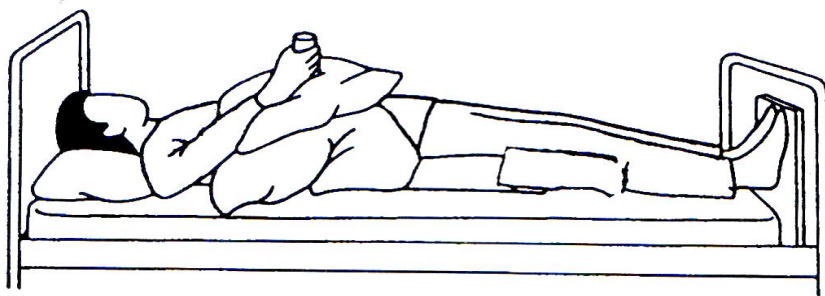
paže pokrčená v lokti,
ruhá natažená, obě paže v zevní rotaci



polohování hlezenných kloul

Zdroj: Rozsypalová, M. (2010). *Ošetrovatelství II: pro 2. ročník středních zdravotnických škol* (2., aktualiz. vydání). Praha: Informatorium.

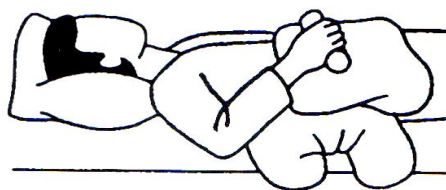
PŘÍLOHA 4



celkový pohled na nemocného ležícího na zádech

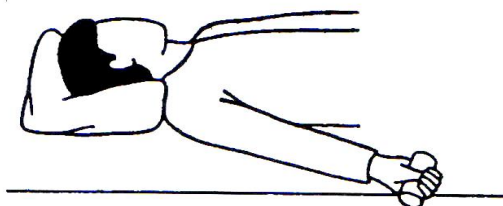


v zevní rotaci

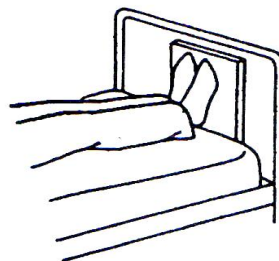
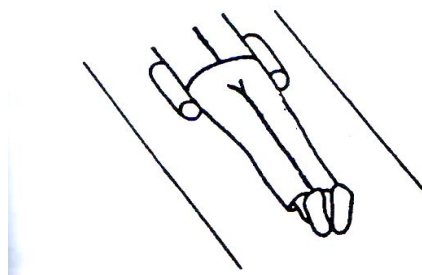


ve vnitřní rotaci

polohování horní končetiny



polohování horní končetiny s nataženým loktem a v zevní rotaci v ramenním kloubu



Zdroj: Rozsypalová, M. (2010). Ošetrovatelství II: pro 2. ročník středních zdravotnických škol (2., aktualiz. vydání). Praha: Informatorium.